

Rainer Verstege

**DIE VERBESSERUNG DER AUSBILDUNG
PSYCHIATRISCHEN KRANKENPFLEGEPERSONALS
DURCH
MODELLERNEN**

1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555410_0034

Psychologie

Die Verbesserung der Ausbildung psychiatrischen
Krankenpflegepersonals durch Modellernen

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der
P h i l o s o p h i s c h e n F a k u l t ä t
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)
vorgelegt von

Rainer Verstege
aus Recklinghausen

1979



Tag der mündlichen Prüfung: 1.2.1980

Dekan: Prof. Dr. M.-E. Brockhoff

Referent: Prof. Dr. A. Mummendey

Korreferent: Prof. Dr. W. Keil

Meinen Eltern
gewidmet

Bei Frau Prof. Dr. A. Mummendey bedanke ich mich für die Betreuung der Arbeit.

Bei B. Küter, G. Lichtinghagen-Löschper, I. Schumacher und R. Unsel bedanke ich mich für die gute Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung der Experimente. (von ihnen liegen mittlerweile unveröffentlichte Diplomarbeiten zu Teilfragen der Experimente vor).

Herrn Dr. M. Schumacher danke ich für die Hilfe bei der statistischen Auswertung des ersten Experiments.

Frau B. Fischer, der Leiterin der Krankenpflegeschule Lengerich, danke ich für die Unterstützung bei der Durchführung der Experimente.

Ferner danke ich allen, die als Schauspieler, Rater, Versuchsleiter oder Diskussionsteilnehmer mitgeholfen haben.

Nicht zuletzt danke ich den Auszubildenden der Krankenpflegeschule Lengerich, die als Versuchspersonen an den Experimenten teilnahmen.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	1
1.1. Formulierung der Fragestellung	1
1.2. Übersicht über die folgenden Kapitel	5
2. THEORETISCHER TEIL	8
2.1. Gegenwärtige Bedingungen innerhalb der Psychiatrie	8
2.1.1. Allgemeine Lage der Psychiatrie	8
2.1.1.1. Traditionelle und Soziale Psychiatrie	8
2.1.1.2. Beschreibung des Ist-Zustandes der psychiatrischen Versorgung	16
2.1.1.3. Reformierung des psychiatrischen Versorgungssystems	20
2.1.2. Neue Aufgaben des Krankenpflegepersonals	22
2.1.2.1. Notwendigkeit der Teamarbeit	25
2.1.2.2. Therapeutisches Verhalten	27
2.1.3. Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals	31
2.1.3.1. Gegenwärtige Ausbildungsbedingungen	31
2.1.3.2. Defizite der Ausbildung	33
2.1.3.3. Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung	35
2.1.4. Das Westfälische Landeskrankenhaus Lengerich	36
2.1.4.1. Statistische Angaben zum WLK Lengerich	37
2.1.4.2. Personelle Situation im WLK Lengerich	38
2.1.4.3. Therapeutische Konzepte	39
2.2. Theorien zum Imitationslernen	41
2.2.1. Bedeutung des Modelllernkonzeptes	41
2.2.1.1. Definitionsansätze zum Modelllernen	41
2.2.1.2. Einstellungs- und Verhaltensmodifikation	44
2.2.2. Verschiedene Ansätze zum Imitationslernen	46
2.2.2.1. Verstärkungstheorien	46
2.2.2.2. Affektive Theorien	49
2.2.2.3. Kognitive Entwicklungstheorien	53
2.2.2.4. Kompetenztheorien	56
2.2.2.5. Theorie des sozialen Lernens nach BANDURA	57

2.2.3. BANDURAs 'kognitive Wende'	63
2.2.4. Einschätzung und Kritik der Theorie des sozialen Lernens	69
2.2.5. Bisherige empirische Ergebnisse zum Imitationslernen	73
2.2.5.1. Modellernen als Methode der Verhaltensmodifikation	75
2.2.5.2. Wichtige Subprozesse des Modelllernens	81
2.2.6. Realisierung optimaler Modellernbedingungen	88
3. EMPIRISCHER TEIL	91
3.1. Experimentelle Umsetzung der Fragestellung	91
3.1.1. Labor-, Feld- und Handlungsforschung	92
3.1.2. Ableitung der Probleminhalte und konkreter Problemsituationen	96
3.1.2.1. Erfahrungen von Psychologiepraktikanten	96
3.1.2.2. Befragung von Krankenpflegern in der Ausbildung	98
3.1.2.3. Gespräch mit Fortbildungsreferenten für Krankenpfleger	104
3.1.2.4. Gespräch mit berufserfahrenen Pflegeern aus Lengerich	105
3.1.2.5. Zusammenfassung der abgeleiteten Probleminhalte und der entsprechenden Verhaltensprinzipien	108
3.1.3. Allgemeine Bedingungen der Versuchsrealisierung	109
3.1.4. Allgemeine Versuchsannahmen	111
3.2. Der erste Versuch	112
3.2.1. Auswahl der Problemsituationen	112
3.2.2. Versuchsplan	114
3.2.3. Versuchsmaterialien	116
3.2.3.1. Der Modellfilm	116
3.2.3.2. Das Referat	122
3.2.3.3. Diskussionsplanung	122
3.2.3.4. Konstruktion des Fragebogens	123
3.2.4. Versuchshypothesen	131
3.2.5. Versuchspersonen	132
3.2.6. Versuchsablauf	132

3.2.7. Darstellung und Auswertung der Versuchsergebnisse	135
3.2.7.1. Quantitative Auswertung der Fragebogenergebnisse	136
3.2.7.2. Qualitative Auswertung der Versuchsergebnisse	139
3.2.8. Interpretation und Konsequenzen für den zweiten Versuch	146
3.3. Der zweite Versuch	151
3.3.1. Auswahl der Problemsituationen	151
3.3.2. Versuchsplan	152
3.3.3. Versuchsmaterialien	155
3.3.3.1. Instruktionen	155
3.3.3.2. Das Referat	156
3.3.3.3. Der Modellfilm	156
3.3.3.4. Die Verhaltensprobe	160
3.3.3.5. Das Beobachtungssystem	162
3.3.4. Versuchshypothesen	164
3.3.5. Versuchspersonen	164
3.3.6. Versuchsablauf	165
3.3.7. Auswertung der Versuchsergebnisse	167
3.3.8. Interpretation der Versuchsergebnisse	172
3.4. Zusammenfassende Interpretation beider Experimente	175
4. ZUSAMMENFASSUNG	181
5. LITERATURVERZEICHNIS	183
6. ANHANG	203

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
f.	folgende
GT	Gesprächstherapie
LKH	Landeskrankenhaus
s.	siehe
S.	Seite
Tab.	Tabelle
übers. d.	übersetzt durch
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
Vl	Versuchsleiter
Vp	Versuchsperson
VT	Verhaltenstherapie
WLK	Westfälisches Landeskrankenhaus
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach
z.T.	zum Teil

1. EINLEITUNG

1.1. Formulierung der Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung überprüft mittels zweier aufeinander aufbauender Feldexperimente, ob das Lernen am Modell nach der Theorie des Sozialen Lernens (BANDURA 1962; 1969; 1976 a; 1977 d) eine geeignetere Methode zur Vermittlung komplexer Verhaltensweisen an psychiatrisches Krankenpflegepersonal ist, als die herkömmlichen Lehrmethoden, die überwiegend durch bloße Wissensvermittlung gekennzeichnet sind, und die Verhaltenskomponenten weitgehend unbeachtet lassen (z. B. AUSUBEL 1974).

Diese Arbeit schließt damit an eine Reihe von Experimenten an, die allesamt die empirische Erweiterung und Fundierung des Modelllernkonzeptes zum Ziel hatten (GÖTZE, GROSS, RUDZKI & SCHIERENBERG 1975; KRAMAYER 1975; BRUDER & DÜTTMANN 1976).

Diese Arbeiten unterschieden sich, ebenso wie die vorliegende, von der Mehrzahl der bisherigen Experimente zum Modelllernen vor allem in folgendem:

1. Zielgruppe sind nicht Kinder und Jugendliche, wie es in annähernd 80 % aller Untersuchungen ist, sondern Erwachsene.
2. Untersuchungsort ist nicht mehr das Labor, das durch die Künstlichkeit der Situation und die begrenzten Aktionsmöglichkeiten der Vpn die Ergebnisse in ihrer Generalisierbarkeit einschränkt, sondern das Feld mit nicht reduzierten Situationen.
3. Die zu vermittelnden Lerninhalte sind jeweils sozial relevante Verhaltensweisen und Einstellungen und nicht bedeutungslose Handlungen, wie z.B. das Suchen von Bonbons unter verschiedenfarbigen Schächtelchen (BREYER & MAY 1970), oder das Vorhersagen von roten und grünen Lichtern (KANAREFF & LANZETTA 1960 b).

Erst bei Realisierung dieser drei Bedingungen wird man den Vorteilen der BANDURAschen Lerntheorie gerecht, die

KRAMEYER in der Anwendbarkeit auf komplexe Lernvorgänge, der Integration kognitiver Prozesse, der theoretischen Ausarbeitung und der empirischen Fundierung sieht (KRAMEYER 1975).

Die bisherigen Versuche, mittels Modellernen Textilarbeiterinnen solidarisches Verhalten zu vermitteln (KRAMEYER 1975; GÖTZE, GROSS, RUDZKI & SCHIERENBERG 1975), bzw. Erzieherinnen einen sozialintegrativen Unterrichtsstil (HAUSSLEITER & KUSCHEL 1977), erbrachten jedoch noch keine eindeutigen und signifikanten Ergebnisse.

Die Trends, die sich jeweils zeigten, brachten die Autoren jedoch zu der Annahme, daß dies auf methodische Schwierigkeiten zurückzuführen sei und nicht bedeute, daß das Modellernen als neue Methode der Vermittlung komplexer Verhaltensweisen im Erwachsenenbereich ungeeignet sei.

Die methodischen Probleme lagen vor allem auf dem Gebiet der Verhaltensmessung. Da aus verschiedenen Gründen direkte Verhaltensbeobachtung nicht möglich war, wurden Fragebogen als Indikatoren für Verhaltensänderung eingesetzt. Dies wird auch durchaus von einigen Forschern befürwortet, so z.B. von NAY (1977), der den paper-and-pencil Test als ein mögliches Verhaltensanalogmaß vorstellt. Aber selbst bei Anwendung eines verhaltensorientierten Tests, der Verhaltensabsichten mißt, ist das Problem der Inkonsistenz zwischen Einstellung und Verhalten nicht gelöst. Denn nimmt man einmal mit WICKER an, daß

"...die Attitüden nur selten mehr als 10 % der Varianz des gemessenen tatsächlichen Verhaltens erklären,..."
(WICKER 1971, zit. n. STUMME 1975, S. 47),

so wird die erklärte Varianz auch bei der gemessenen Verhaltensabsicht nicht die Größenordnung erreichen, die für eine genaue Vorhersagefähigkeit notwendig wäre (vgl. 2.2.1.2.).

In der vorliegenden Arbeit wird daher der Versuch gemacht, dem verhaltensorientierten Test als Indikator für Verhaltensänderung die direkte Beobachtung des Verhaltens

gegenüberzustellen. Während im ersten Versuch die Verhaltensabsicht durch überwiegend verhaltensorientierte Items erfaßt wird, wird im zweiten, darauf aufbauenden Versuch das Verhalten im Rollenspiel beobachtet und konzeptorientiert eingeschätzt.

Der Versuch, die Eignung des Modellernens in einem neuen Bereich zu überprüfen und so die empirische Fundierung der sozialen Lerntheorie zu erweitern, entspricht mehr einem psychologischen, wissenschaftsimmanentem Interesse. Der Versuch der Erprobung besserer Lehrmethoden für die gezielte Ausbildung von psychiatrischem Krankenpflegepersonal, betrifft dagegen mehr ein allgemein gesellschaftliches Interesse an einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in der BRD und zielt damit auf die gesellschaftliche Verwertbarkeit von Forschungsergebnissen ab.

Aus diesem Grund geht es in den beiden Experimenten der vorliegenden Arbeit auch nicht darum, dem Pflegepersonal irgendetwas mittels Modellernens beizubringen, sondern Verhaltensmuster, die innerhalb der stationären psychiatrischen Versorgung sozial relevant und sinnvoll sind. Was in der gegenwärtigen Umbruchsituation in der Psychiatrie 'sinnvoll' beinhaltet, und welche Ziele realistischere Weise durchsetzbar sind, soll im Rahmen dieser Arbeit theoretisch und empirisch (durch Interviews und Befragung von Betroffenen) abgeleitet werden (vgl. 2.1.3.3. und 3.1.2.).

Das Krankenpflegepersonal, bei dem im Rahmen dieser Arbeit nicht, wie bei SCHRAML (1972), strikt zwischen Krankenpflegern und Krankenschwestern unterschieden wird (wenn von Krankenpflegern gesprochen wird, sind beide Geschlechter gemeint), bietet sich gerade deshalb als Zielgruppe der Bemühungen um eine verbesserte psychiatrische Versorgung an, weil ihm in neueren Konzepten der Sozialen Psychiatrie, wie z.B. der 'Therapeutischen Gemeinschaft' (JONES 1976), immer größere Verantwortung zukommt.

Eine behandlungsorientierte Psychiatrie, die sich grundlegend von der traditionellen verwahrungsorientierten

Psychiatrie unterscheidet, stellt das Pflegepersonal vor völlig neue Aufgaben (KUKLA 1973).

Die Defizite, die durch eine überkommene Ausbildung entstehen, liegen vor allem im Kommunikations- und Verhaltensbereich mit dem Patienten.

Die drei von BANDURA in seiner Modellerntheorie postulierten Haupteffekte, die in der konkreten Situation nur zur analytischen Betrachtung zu trennen sind, bieten genau für diesen Bereich optimale Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation.

1. Der Lerneffekt durch Beobachtung ('observational learning effect') wirkt sich da aus, wo bestimmte Verhaltensweisen oder Kombinationen von Verhaltenskomponenten im Repertoire des Beobachters fehlen. Gerade davon muß man bei der derzeitigen Ausbildung des Pflegepersonals ausgehen, das auf Verhaltensalternativen in Problemsituationen und die Umsetzung rehabilitationsorientierter Ziele in einen entsprechenden Umgang mit dem Patienten nicht vorbereitet wird.
2. Die Hemmungs- bzw. Enthemmungseffekte ('inhibitory or disinhibitory effects') spielen eine Rolle bei Handlungsmustern, die im Verhaltensrepertoire vorhanden sind, aufgrund sozialer Bewertungen jedoch zu selten oder zu oft gezeigt werden. Gründe, die hierzu auf der psychiatrischen Station führen können, sind Furcht vor Zwischenfällen, Unsicherheiten gegenüber Vorgesetzten und älteren Kollegen oder interne Vorschriften.
3. Der Bahnungs- oder Auslösungseffekt ('response facilitation effect') setzt an bei vorhandenen Verhaltensweisen, die nicht gesellschaftlich bewertet sind und durch die Beobachtung eines Modells ausgelöst werden. Auf diese Weise kann durch Modellernen eine Verhaltensweise in der Verhaltenshierarchie eines Krankenpflegers höher gestuft werden und die Schwelle zur Durchführung bestimmter Handlungen überschritten werden.

Das zweifache Anliegen der hier vorgestellten Untersuchung kann abschließend wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Die Ausbildung von psychiatrischem Krankenpflegepersonal für den Kommunikations- und Verhaltensbereich soll durch geeignetere Vermittlungsmethoden verbessert werden.
2. Es soll überprüft werden, ob sich das Konzept des Modelllernens auf Lern- und Verhaltensänderungsprozesse von Erwachsenen anwenden läßt und somit die empirische Basis der Theorie des sozialen Lernens erweitert werden kann.

1.2. Übersicht über die folgenden Kapitel

Im theoretischen Teil wird im ersten Abschnitt nach einer Betrachtung der allgemeinen Rahmenbedingungen der Psychiatrie, der Feststellung des Ist-Zustandes laut 'Bericht über die Lage der Psychiatrie' (Enquete der Bundesregierung 1975), und dem Versuch der Ableitung möglicher sinnvoller Entwicklungsschritte in der gesamt-psychiatrischen Versorgung, auf die konkreten Arbeitsanforderungen an das Pflegepersonal eingegangen.

Der Umbruch von einer verwahr- zu einer rehabilitationsorientierten Psychiatrie stellt das Krankenpflegepersonal vor ungewohnte Aufgaben, die bei Fortsetzung alter Ausbildungs- und Lehrkonzepte Defizite im Kommunikations- und Verhaltensbereich entstehen lassen.

Ob diese Defizite, die zunächst aufgrund theoretischer Erörterungen abgeleitet werden, auch konkret im WLK Lengerich, dem Ort der beiden Versuche, anzutreffen sind, wird nach einer Betrachtung der dortigen Situation, der therapeutischen Konzepte, sowie der materiellen und personellen Bedingungen entschieden.

Hiervon hängt ab, ob die allgemein abgeleiteten Verbesserungsvorschläge für eine Ausbildung des Pflegepersonals auch konkret auf die Ausbildung in der Krankenpflegeschule des WLK Lengerich anzuwenden sind.

Im zweiten Abschnitt des theoretischen Teils werden nach einigen Definitionsversuchen zum Imitationslernen, worunter auch das Modelllernen nach BANDURA zu subsumieren ist, und einem Exkurs zum Problem der Inkonsistenz von Verhalten und Einstellung, und dessen konkreter Bedeutung für diese Untersuchung, kurz einige konkurrierende Imitationstheorien vorgestellt.

Nach knapper Darstellung der Grundlagen der Theorie des sozialen Lernens (BANDURA 1969; 1976 a; 1977 d) wird auf BANDURAs sogenannte 'Kognitive Wende' und seine neuesten Ausführungen zu verschiedenen Subprozessen, vor allem kognitiver Art, eingegangen (BANDURA 1977 c; BANDURA & ADAMS 1977; BANDURA, ADAMS & BEYER 1977; BANDURA 1978). Nach einschränkender Kritik werden die bisherigen Ergebnisse empirischer Forschung zum Modelllernen zur Realisierung optimaler Versuchsbedingungen auf die vorliegende Fragestellung umgesetzt.

Im dritten Kapitel, dem empirischen Teil, werden zunächst die allgemeinen Probleme erörtert, die für beide Versuche von Wichtigkeit sind.

Die empirische Erfassung subjektiv problematischer Situationen mittels Fragebogen und Interviews wird in Beziehung gesetzt zum vorangegangenen Versuch, auf theoretischer Ebene objektive Defizite, die auf mangelnde Ausbildung zurückzuführen sind, abzuleiten.

Anschließend werden Überlegungen zur Wahl des Modellmediums, der Materialerstellung, des Designs, der Auswahl der Vpn und des Versuchsortes angestellt. Den Abschluß dieses allgemein empirischen Teils bildet die Explikation der allgemeinen Versuchsannahmen.

Der zweite Abschnitt des empirischen Teils, die Darstellung des ersten Versuchs, beginnt mit der Vorstellung der den allgemeinen Probleminhalten zugeordneten Problemsituationen und dem Versuchsplan.

Es folgen die Erstellung der Versuchsmaterialien, des Meßinstrumentes, die Spezifizierung der Versuchsannahmen und die Auswahl der Vpn. Nach Darstellung des Versuchsauflaufes werden aus der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse die Konsequenzen für den zweiten Versuch

gezogen.

Der zweite Versuch, der prinzipiell genauso aufgebaut ist, unterscheidet sich in der Auswahl der Problemsituationen, der Wahl des Meßinstrumentes und im Versuchsdesign insofern, als nicht mehr verhaltenstherapeutische und gesprächstherapeutische Techniken an das Pflegepersonal vermittelt werden und statt des Fragebogens die direkte Beobachtung von Verhaltensproben als Verhaltensindex dient. Dies hat zur Folge, daß die Vpn einzeln untersucht werden, und nicht gruppenweise, wie im ersten Versuch.

In einer abschließenden Interpretation wird zum grundsätzlichen Wert der beiden Versuche Stellung genommen.

2. THEORETISCHER TEIL

2.1. Gegenwärtige Bedingungen innerhalb der Psychiatrie

2.1.1. Allgemeine Lage der Psychiatrie

Die Betrachtung der allgemeinen Lage der Psychiatrie hat die Aufgabe, die Rahmenbedingungen für Arbeitsanforderung, Selbstverständnis, Rolle und Verhaltensweisen des psychiatrischen Krankenpflegepersonals zu analysieren. Will man dem Pflegepersonal neue sinnvolle Verhaltensmöglichkeiten vermitteln, so hat dies nur Aussicht auf Erfolg, wenn auch die realen Bedingungen in einer Anstalt oder einer anderen Versorgungseinrichtung die Umsetzung des neu Gelernten zulassen. Es hätte keinen Sinn, Pflegepersonal in der Ausbildung zu vermehrter Beschäftigung mit den Patienten anzuregen, wenn im Stationsalltag aufgrund von Personalmangel absolut keine Möglichkeit dazu bestünde. Angestrebte Veränderungen müssen also von den objektiv gegebenen Bedingungen ausgehen und durchsetzbar sein. Ideale Konzepte nutzen gar nichts, wenn sie auf die Theorie beschränkt bleiben müssen. Dies heißt nicht, daß man auf eine Veränderung der "brutalen Realität" (KLUGE & FINZEN 1974, S. 130) nicht hinarbeiten sollte, doch ist das eine mittel- bis langfristige Perspektive, während die vorliegende Arbeit kurzfristige, und sofort einsetzbare Möglichkeiten zur Verbesserung der Krankenpflegerausbildung im Rahmen der derzeitigen Bedingungen liefern will.

2.1.1.1. Traditionelle und Soziale Psychiatrie

Die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten zwanzig Jahren wird vor allem von der Auseinandersetzung zwischen Vertretern der Traditionellen und der Sozialen Psychiatrie bestimmt. Diese Auseinandersetzung wurde leider nicht immer gegenstandsbezogen geführt, wie es die Diskussion um den möglichen Einsatz der VT zwischen SZASZ (1978) und WOLPE (1978), oder um den Krankheitsbegriff zwischen

GOFFMAN (1972) und OELBAUM & RIESMAN (1972) zeigt. Dies ist z.T. auf eine fehlende Verständigung über den Diskussionsgegenstand zurückzuführen. Während Anhänger einer Traditionellen Psychiatrie implizit von organisch bedingten Defekten ausgehen, beziehen sich Vertreter einer Sozialen Psychiatrie eher auf sozial bedingte Störungen. Wie sich die beiden Ansätze im Krankheitsbegriff und den Auswirkungen auf organisatorische Fragen der psychiatrischen Versorgung und Behandlungskonzepte unterscheiden, wird im Folgenden behandelt.

Historische Betrachtung

Die Ursprünge der Psychiatrie als Wissenschaft reichen in das 19. Jahrhundert zurück (GLEISS, SEIDEL & ABHOLZ 1973). Psychiatern wie SCHNEIDER oder KRAEPELIN kommt der Verdienst zugute, die 'Geisteskrankheit' oder 'Tollheit' zu einem Gegenstand naturwissenschaftlicher Betrachtung gemacht zu haben und aus dem mystischen Nebel von Hexen und Dämonen geholt zu haben. Möglich war dies durch einen neuen Krankheitsbegriff, den medizinischen:

"Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856 - 1926) hat den medizinischen Krankheitsbegriff in der Psychiatrie am konsequentesten gebraucht und seiner Disziplin damit zu ihrer Anerkennung als Spezialfach der Medizin verholfen." (STORZ 1976, S. 16).

Vor allem aufgrund der Erfolge der Neuropathologie setzte sich die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise der 'geistigen Krankheit' und damit die Gleichsetzung mit der 'normalen' Krankheit durch (KEUPP 1972). Dies war ein wesentlicher Fortschritt zu der früheren philosophisch ausgerichteten Psychiatrie, der DÖRNER lediglich eine Funktion der Sicherstellung von Ruhe und Ordnung zumißt, und die oft genug Alibis gab, einen Andersdenkenden z.B. wegen 'Querulantenwahnsinn' - einer Diagnose, die im übrigen erst 1970 (1) von der WHO aus der psychiatrischen Diagnostik gestrichen wurde- in ein 'Irrenhaus' bringen zu lassen oder für

'blödsinnig' erklären zu lassen.

Die naturwissenschaftlich fundierte Psychiatrie, die auf dem medizinischen Krankheitsbegriff basiert und gemeinhin als 'Traditionelle Psychiatrie' bezeichnet wird (DÖRNER 1975 b), bestimmt auch heute noch trotz aller Kritik durch sozialpsychiatrische Ansätze weitgehend Diagnose und Behandlung psychisch Gestörter in der Praxis.

Die Anfänge der Sozialpsychiatrie werden unterschiedlich gesehen. KRÜGER führt sie bis ins frühe 19. Jahrhundert zurück, da er schon bei PINEL (1801) und ESQUIROL (1838) Tendenzen sieht, Psychosen als normale Krankheiten und im Zusammenhang mit den Lebensumständen zu sehen (KRÜGER 1972). Auch SCHRENK weist darauf hin, daß schon ESQUIROLs Haltung "eine ausgesprochen sozialpsychiatrische oder psychiatriepolitische" gewesen sei (SCHRENK 1967, S. 483).

KEUPP sieht erste sozialpsychiatrische Ansätze bei FREUD, der seiner Ansicht nach das Paradigma des medizinischen Modells als Erster in Frage stellte:

" Eine solche Paradigmakrise wurde in der Psychiatrie durch Freud eingeleitet, vor allem durch seinen Nachweis psychogenetischer Faktoren bei neurotischen Störungen. Damit durchbrach er die Fixierung der Suche nach somatischen Substraten. Die Freud'schen Erkenntnisse waren von fundamentaler Bedeutung für die Einführung psychologischen Denkens in das Theoriengebäude der Psychopathologie, und sie erzeugten eine tiefe Krise in der Psychiatrie, die bis heute noch nicht ausgestanden ist." (KEUPP 1972, S. 21).

Daß diese Krise bis heute noch nicht ausgestanden ist, liegt u.a. daran, daß es trotz zahlreicher sozialpsychiatrischer Ansätze noch nicht die Sozialpsychiatrie gibt. Über eine Einigung auf den Minimalkonsens, daß der Mensch in ein soziales Gefüge eingebettet sei und psychische Störungen ihre Ursachen in Disfunktionen dieses sozialen Gefüges haben können, ist man noch nicht hinausgekommen.

Das Spektrum der Ansätze reicht von der totalen Ablehnung der institutionellen Psychiatrie überhaupt (SZASZ 1974) bis hin zu immanenten Reformvorschlägen nach humanerer Konzeption der Anstalten (JÖRG 1972).

Da aber der Minimalkonsens der sozialpsychiatrischen Ansätze ausreicht, um eine qualitative Grenze zur Traditionellen Psychiatrie, die von einer Berücksichtigung sozialer Variablen absieht, zu ziehen, wird im Folgenden nicht auf einzelne Ansätze eingegangen, sondern zur analytischen Betrachtung der praktischen Auswirkungen nur von der Sozialpsychiatrie bzw. der Traditionellen Psychiatrie gesprochen.

Der Krankheitsbegriff

Der Traditionellen Psychiatrie liegt, wie schon ausgeführt, das medizinische Krankheitsmodell zugrunde. Dieses geht von einer Gleichstellung und Gleichbehandlung der psychischen Störungen mit somatischen Funktionsstörungen des Körpers aus. Am prägnantesten brachte dies GRIESINGER auf die Kurzformel: "Geisteskrankheiten sind Hirnkrankheiten." (zit.n. SCHRENK 1967, S. 485). Hierdurch erfuhren psychische Störungen eine biologisch-naturwissenschaftliche Konzipierung, was dazu führte, daß 'Geisteskranke' nicht mehr als unheilbar eingesperrt wurden, sondern Maßnahmen zu ihrer Heilung ergriffen wurden. Die Übertragung des medizinischen Krankheitsbegriffes auf psychische Störungen hat jedoch auch verschiedene Nachteile, die von Sozialpsychiatern kritisiert werden:

1. "Die Abhängigkeit des Krankheitsbegriffes von den Interessen der jeweiligen Gesellschaft, von den für den geltenden Krankheitsbegriff geschaffenen Institutionen und den in diesen arbeitenden Gruppen..., wird übersehen." (DÖRNER 1974, S. 123). Es wird nicht bedacht, "...wie wenig 'Krankheit' und 'Gesundheit' unabhängig vom historischen Prozeß konzipierbar sind." (KEUPP 1972, S. 13). So ist es möglich, daß ein und dieselbe Verhaltensweise, wie z.B. der Gebrauch von Halluzinogenen, in einer Gesellschaftsform als normal (= gesund)

und in einer anderen als anormal(= krank) angesehen wird.

2. Es gibt nur die Alternative 'krank' oder 'gesund'. Auch nur leicht abweichendes Verhalten wird gleich als krank bezeichnet, da es ja nicht mehr unter gesund zu fassen ist. Bei den Implikationen, die aus historischen Gründen im Begriff 'geisteskrank' enthalten sind, führt dies zu der vieldiskutierten Stigmatisierung des 'Erkrankten' und der von GOFFMAN beschriebenen 'Patientenkarriere' (GOFFMAN 1961). Und wer einmal diese Patientenkarriere durchlaufen hat, wird auf ewig das Stigma des psychisch Kranken tragen:
"A person diagnosed as mentally ill ... is stigmatised. Although 'cured' of the behavior that initiated the sequence of social and political acts that resulted in his being classified as mentally ill, his public will not usually accept such 'cures' as permanent." (SARBIN, zit.n. KEUPP 1972, S. 40).
3. Die Ausklammerung des sozialen Kontextes in Diagnose und Therapie der psychischen Störung geht an der Realität vorbei, wie z.B. PAWLOW (1972) durch seine Forschungen zu experimentellen Neurosen bewiesen hat. Erst bei Einbeziehung sozialer Faktoren kann man, wie z.B. HOLLINGSHEAD & REDLICH (1975) nachgewiesen haben, verursachenden Faktoren einen Schritt näher kommen.
4. Das Denken in erstarrten Modellkategorien, die z.T. noch aus dem 19. Jahrhundert tradiert sind, erlaubt nur eine beschreibende, nicht aber eine erklärende Diagnose, da diese Kategorien nur auf phänomenaler Ebene durch Vergleich von Krankheitsverläufen gewonnen wurden.

Doch auch die Sozialpsychiatrie hat bisher noch keinen schlüssigen Krankheitsbegriff vorgetragen und will es wohl auch gar nicht (DÖRNER, KÖCHERT, VON LAER & SCHERER 1979). Die meisten sozialpsychiatrischen Ansätze lehnen den Begriff 'Krankheit' im Zusammenhang mit psychischen

Störungen wegen der Vorbelastetheit generell ab. Es bleiben also bisher lediglich Bausteine eines neuen Paradigmas, das an die Stelle des medizinischen Krankheitsmodells treten soll. KEUPP formuliert dies so:

- " 1. Verhaltensstörungen müssen im sozialen Kontext analysiert werden, in dem erst ihr Störungscharakter definiert ist. Störung ist primär also nicht eine Eigenschaft des Verhaltens, sondern eine Kategorie, die aus den Handlungsnormen der Gruppen abgeleitet werden muß, die bestimmte Menschen oder deren Handlungen als abweichend klassifiziert und entsprechend auf sie reagiert.
2. Die Handlungsnormen müssen historisch relativiert werden. In ihnen manifestieren sich die Qualifikationsanforderungen für Handlungsvollzug in den historisch spezifischen Organisationsformen gesellschaftlicher Arbeit." (KEUPP 1972, S. 37).

Behandlungskonzepte

Die diskutierten Modelle unterscheiden sich vor allem in den von ihnen abgeleiteten Versorgungs- und Behandlungskonzepten (KEUPP 1972). Die Traditionelle Psychiatrie hatte als therapeutisches Ziel eher die isolierende Verwahrung, während die Sozialpsychiatrie von einer offenen möglichst extramuralen rehabilitationsorientierten Behandlung ausgeht, um von vornherein soweit wie möglich Hospitalismusschäden, die im Endeffekt gravierender sein können als das Ursprungssymptom, auszuschließen.

Wie SCHRENK betont, war die von der Traditionellen Psychiatrie postulierte Isolierung und Verwahrung

"... nicht nur eine negative Maßnahme (Absonderung zum Schutz der Gesellschaft und des Kranken selbst), sondern vor allem eine positive, der Behandlung des Kranken dienende Methode im Rahmen einer ausdrücklich als 'psychisch' ('moralisch') bezeichneten Therapeutik." (SCHRENK 1967, S. 479).

Psychiater wie REIL waren Vorreiter solcher Vorstellungen:

" Meist gelingt die Kur der Verrückten besser unter unbekannten Menschen und in fremden Häusern." (REIL, zit. n. SCHRENK 1967, S. 482).

Die Folgen einer solchen Isolationspolitik sieht man noch heute an den riesigen Mammutanstalten, die fernab von Städten in ländlichen Idyllen gebaut wurden und ein großes Hindernis für die Durchsetzung neuerer Rehabilitationskonzepte sind.

Neben der Isolation kennzeichnet die Mißachtung sozialer Beziehungen des Patienten das medizinische Modell. Als Konsequenz bleibt die Therapie auf den intramuralen Raum beschränkt und besteht, da die Störung als somatischer Defekt angesehen wird, überwiegend aus medizinischen Maßnahmen.

Dies hat aus sozialpsychiatrischer Sicht selbst da negative Folgen, wo die Diagnose eines somatischen Defektes durchaus richtig ist. Die Ausklammerung des sozialen Kontextes läßt den einmal Internierten allein mit den Problemen, die ihn nach der Entlassung, z.B. bei der Arbeitsplatzsuche, erwarten und führt zu dem häufig nachgewiesenen 'Drehtüreffekt' in der Psychiatrie. Die sozialpsychiatrischen Ansätze, die zum großen Teil lerntheoretisch konzipiert sind, kommen unter Einbeziehung des sozialen Kontextes zu einem anderen Behandlungskonzept:

1. Durch gezielte Vorsorge sollen psychische Störungen so früh als möglich erfaßt und ambulant behandelt werden, um die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu verhindern.
2. Ist die stationäre Behandlung unumgänglich, sollen von Anfang an Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, um Hospitalisierungsschäden zu vermeiden und eine baldige gesellschaftliche Reintegration zu erreichen.
3. Gute Nachsorgeeinrichtungen sollen die Reintegration absichern und den 'Drehtüreffekt' verhindern.

Dieses dreifache Präventionskonzept läßt sich nur bei einer gemeinde- und bürgernahen Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung durchführen.

Die notwendigen Maßnahmen wurden u.a. von der Community Mental Health Bewegung in den U.S.A. entwickelt und beinhalten nach PÖRKSEN (1974) folgendes:

1. Die Schaffung geeigneter Institutionen:
 - Tages- und Nachtkliniken in Wohngebieten
 - Beratungsstellen für Vor- und Nachsorge
 - Patientenklubs.
2. Die Beschäftigung mit Randgruppen, aus denen sich immer wieder Patienten rekrutieren: Obdachlose, Alkoholiker, jugendliche Heiminsassen und Bewohner von Altersheimen.
3. Die Neukonzipierung einer Teamarbeit aller in der Psychiatrie Tätigen. Nur durch kooperative Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegern, Sozialarbeitern, Psychologen usw. ist ein optimaler Einsatz aller Institutionen gewährleistet.
4. Die Einbeziehung von Laien, die gerade bei Rehabilitationsprogrammen der Nachsorge wichtige Schlüsselpositionen übernehmen können.
5. Eine Neuordnung des Patienten - Betreuer Verhältnisses soll von vornherein Passivität und Abhängigkeit verhindern.
6. Der Aufbau eines sozialpsychiatrischen 'Beratungs - Beratungsdienstes' soll die optimale Zusammenarbeit aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten gewährleisten.

Einige Sozialpsychiater weisen jedoch auch auf die Gefahren eines solchen Behandlungskonzeptes, das in der BRD im übrigen erst in Ansätzen erprobt wird, hin. Die Kritik richtet sich dabei u.a. gegen die Möglichkeit totaler sozialer Kontrolle:

" Im therapeutischen Staat, auf den wir uns zubewegen, könnte die Grundvoraussetzung für die Bestallung zum

Großen Bruder der Titel 'Dr. med.' sein." (SZAZS, zit.n. STORZ 1976, S. 15).

FINZEN kritisiert, daß sich die Community Mental Health Bewegung

"...nicht selten mehr an sozialen Problemen als an Krankheiten, mehr an Prävention als an Behandlung... (orientiert, Anm. des Verf.)" (FINZEN 1972, S. 39).

Dies führt nach seiner Ansicht

"...zur Vernachlässigung besonders hilfsbedürftiger Patientengruppen..., vor allem chronisch Schizophrener und Alterskranker." (FINZEN 1972, S. 39).

HUBER (1972) sieht die Probleme in der enorm hohen Personalintensität. Aus Kostengründen können zunächst nur wenige Institutionen nach dem neuen Konzept arbeiten. Diese ziehen jedoch qualifiziertes Personal von den anderen Anstalten ab. Dies führt dazu, daß

"...zwar eine Minorität von Patienten vorzüglich, die Mehrheit jedoch nach wie vor unzulänglich behandelt ... (wird, Anm. des Verf.)" (HUBER 1972, S. 524).

DEGKWITZ & SCHULTE (1972) bezeichnen dies als 'Luxus-psychiatrie'.

Insgesamt wird man wohl von anfangs zu optimistischen Erwartungen an die Sozialpsychiatrie zu einer realistischen Einschätzung kommen müssen, wie es auch STRAKER & FAPA feststellen:

"The development of Community psychiatry and mental health centers has inadvertently added to the confusion, while failing to fulfill the initial optimistic expectations." (STRAKER & FAPA, 1974, S. 124).

2.1.1.2. Beschreibung des Ist-Zustandes der psychiatrischen Versorgung

Während das bisher Gesagte mehr die theoretischen Konzeptionen der Psychiatrie und ihre Auswirkungen auf

Diagnose und Behandlung erörterte, gilt der folgende Abschnitt der Bestandsaufnahme der tatsächlichen materiellen Bedingungen in der Psychiatrie. Als Material liegt zugrunde:

- der Bericht über die Lage der Psychiatrie, der 1974 als Gutachten einer Sachverständigenkommission, die von der Bundesregierung eingesetzt worden war, erstellt wurde, und sämtliche psychiatrischen Einrichtungen erfaßt (Enquete der Bundesregierung 1975),
- zwei Untersuchungen zur psychiatrischen Krankenhausversorgung in der BRD, die sich auf Angaben von acht bzw. zehn Landeskrankenhäusern stützen (KLUGE 1974; KLUGE & FINZEN 1974).

Generell wird festgestellt, daß vor allem die chronisch Kranken "elenden und menschenunwürdigen Lebensbedingungen" (Enquete 1975, S. 62) ausgesetzt sind, und

"...die Anstaltswirklichkeit in vieler Hinsicht brutal ist." (KLUGE & FINZEN 1974, S. 130).

Materielle Bedingungen der stationären Versorgung

Zur Zeit der Erstellung der Enquete gab es in der BRD 130 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie mit 98 757 Betten. Zwei Drittel dieser Betten befand sich in Anstalten mit mehr als 1000 Betten. Die Kommission bemerkt dazu, daß die Größe der Fachkrankenhäuser

"...weit oberhalb der empfohlenen Richtwerte liegt." (Enquete 1975, S. 92).

Mit den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke (Anzahl: 22), den Fachkrankenhäusern für Kinder und Jugendliche (Anzahl: 17), den Fachabteilungen und Heimen für geistig Behinderte und chronisch Kranke ergibt sich eine Bettenzahl von 147 218. Die Bettenanzahl innerhalb der letztgenannten Institutionen liegt jedoch bei weitem nicht so hoch, wie in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie.

Die geographische Lage der Fachkrankenhäuser ist äußerst

ungünstig. Die durchschnittliche Entfernung zwischen Krankenhaus und der Peripherie des Einzugsgebietes beträgt 88 km (Enquete S. 93). Dies ist eine Folge der Versorgungs- und Behandlungskonzepte des 19. Jahrhunderts und steht einer gemeindeorientierten Konzeption, die die sozialen Bindungen berücksichtigt, stark entgegen. Die Zustände in den Krankenhäusern sind z.T. katastrophal, wie es die Untersuchung von KLUGE & FINZEN (1974) ergab, die immerhin in 8 Landeskrankenhäusern die Lebensbedingungen für über 9000 Patienten erfaßte. So mußten 41 % der Patienten in Schlafsälen mit mehr als 10 Betten schlafen. 69 % hatten keinen eigenen Schrank, 92,8 % keine eigene Nachtschlampe. Auch die sanitären Anlagen waren mehr als miserabel. 54 % der Patienten mußten sich mit 10 und mehr Mitpatienten ein WC teilen. 73,7 % der WC's waren von innen nicht zu verriegeln. KLUGE (1974) stellte fest, daß je Patient für die Rohmaterialien der Verpflegung zwischen 2,60 DM und 3,60 DM aufgewendet wurden. Bei der Patientenbelegung fällt folgendes auf:

- Die Anzahl der Wiederaufnahmen in den Fachkrankenhäusern liegt bei 47 % und ist damit sehr hoch.
- 47 % der Patienten sind geistig Behinderte und wären somit besser in einem Heim als in einem Fachkrankenhaus aufgehoben.
- Die Verweildauer der Patienten ist sehr hoch. 46 % der Patienten waren im Jahre 1973 länger als 5 Jahre und fast ein Drittel länger als 10 Jahre in Behandlung. Außerdem korreliert die Länge der Verweildauer auffallend hoch mit der Größe des Krankenhauses. Während die Verweildauer in Fachkrankenhäusern mit bis zu 100 Betten nur bei 7 % der Patienten länger als 10 Jahre war, betrug dieser Prozentsatz bei Fachkrankenhäusern mit über 1000 Betten 32 %.

Personelle Situation

Bei der Erfassung des Personalbestandes ergaben sich

in der Enquete folgende Zahlen, wobei die von der WHO als Norm vorgeschlagenen Zahlen als Richtwerte mitangegeben sind. Es arbeiteten in den Fachkrankenhäusern:

	Schlüssel	WHO-Norm
- 1651 Ärzte	1 St. auf 60 Betten	1:15 - 1:50
- 195 Psych.	1 " " 506 "	1:50
- 183 Soz.arb.	1 " " 540 "	1:80
- 542 Besch.th.	1 " " 180 "	1:50
-23312 Pfleger	1 " " 4,1 "	1:2 - 1:4

Noch schwerwiegender als dieser offenkundige Fehlbestand wirkt sich der Mangel an qualifiziertem Personal in allen Berufsgruppen, vor allem als Folge der unzureichenden Aus-, Weiter- und Fortbildung, aus.

Auf das uns interessierende Krankenpflegepersonal bezogen, ergeben sich folgende Werte:

- nur 42,2 % der Pfleger haben eine staatlich anerkannte Ausbildung,
- nur 6 % haben eine weitergehende psychiatrische Zusatzausbildung,
- 17,4 % haben eine Krankenpflegehelfer/helferinnen-ausbildung,
- 17 % haben keine berufsbezogene Ausbildung,
- 16,8 % befinden sich noch in der Ausbildung.

(Enquete 1975, S. 12)

Die Enquete stellt dazu fest:

- " Die geringe Zahl von Pflegepersonen mit staatlicher Anerkennung insbesondere in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie, macht deutlich, daß ein erhebliches Ausbildungsdefizit anzutreffen ist; der Anteil staatlich examinierten Pflegepersonals ist im Bereich der Allgemeinmedizin sehr viel höher. Besonders gravierend ist, daß nur sehr wenig staatlich Examinierte eine psychiatriebezogene Weiterbildung absolviert haben." (Enquete 1975, S. 132).

2.1.1.3. Reformierung des psychiatrischen Versorgungssystems

Will man Vorschläge für eine Reform der psychiatrischen Versorgung machen, sollten primär Kosten - Nutzen Überlegungen angeführt werden, da ethische und moralische Argumente innerhalb unseres Gesellschaftssystems nur proklamatorischen Wert haben. Das Begleitschreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit zur Enquete weist ganz richtig auf die Probleme hin:

" Die Verwirklichung sowohl der Sofortmaßnahmen zur Behebung der in der Enquete aufgezeigten dringlichsten Probleme, als auch der längerfristigen Maßnahmen ist von den finanziellen Möglichkeiten abhängig. Da die Kosten der kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen bei Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern sehr erheblich sind, muß schon jetzt darauf hingewiesen werden, daß die Realisierung nur sehr langsam und abgestuft möglich ist und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Lage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden können." (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1975, S. 36).

Diese Einschätzung erwies sich bisher als realistisch, obwohl im Herbst 1978 vom Bundestag siebzig Millionen DM zusätzlich bewilligt wurden, die aber angesichts der drei Milliarden DM, die lediglich für "Ersatzbedarf und Kapazitätsanpassung bis 1980" (WOLTERS 1974, S. 85) von WOLTERS geschätzt wurden, geradezu lächerlich sind. Das Dilemma liegt wie so oft da, wo zwar von kurz-, mittel- und langfristig gesprochen wird, aber nur kurzfristig oder auch kurzsichtig gedacht wird.

Würde man einmal die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen jeglicher Art (Neubau von Fachkrankenhäusern, Personalbestandserhöhung, Erhöhung des Ausbildungsniveaus usw.) vergleichen mit den Kosten, die durch teilweise unnötig lange Verweildauer von Patienten in Krankenhäusern und Heimen entstehen (Rentenzahlung, Medikamente usw.), würde sich allein auf der finanziellen Ebene zeigen, daß

kurzfristige, sehr hohe Ausgaben für eine grundlegende Reform der Psychiatrie immer noch kostensparender wären, als eine Reform in kleinen Schritten, die sich über 50 und mehr Jahre hinzieht und die Realität nie einholt (Zur Frage der Rehabilitationskosten und Renteneinsparung s. ENKE & POHLMETTER 1973).

Daß Reformbestrebungen bisher der Realität immer hinterherhinkten, liegt auch an einer fehlenden Gesamtbedarfsplanung. Grundvoraussetzung für jede Bedarfsplanung sind nach FINZEN folgende Faktoren:

- " a) Einheitliche Definition der Grundbegriffe
 - b) Epidemiologische Studien
 - c) Administrative Statistik der vorhandenen Behandlungseinrichtungen
 - d) Fallregister zur Beurteilung der Situationen in begrenzten Versorgungsräumen
 - e) Entwicklung einer überregionalen Statistik psychischer Krankheiten
 - f) Längsschnittuntersuchungen bestimmter Patientengruppen
 - g) Analyse der Dienstleistungen und Aktivitäten der vorhandenen Einrichtungen"
- (FINZEN 1972, S. 41).

Obwohl die Enquete einige dieser Faktoren nicht beachtete, entwickelte sie ein sehr brauchbares Konzept, das unter anderem auch den Streit zwischen FINZEN (1972) und DEGWITZ & SCHULTE (1972) um das Dänische, das Schwedische oder das Amsterdamer Modell entschied. Als Grundforderung stellte die Enquete fest,

"...daß die Beseitigung grober inhumaner Mißstände unbedingt jeder Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter vorauszugehen hat." (Enquete 1975, S. 408).

Das neue Versorgungssystem soll sich gliedern in:

- "- Beratungsdienste
- ambulante Dienste (Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern/ Fachkrankenhäusern

- halbstationäre Dienste (Tages- und Nachtkliniken)
 - komplementäre Dienste (Übergangsheime, Tagesstätten, Patientenclubs etc.)
 - rehabilitative Dienste (Behindertenwerkstätten, beschützte Arbeitsplätze etc.)"
- (Enquete 1975, S. 409).

Als Rahmenbedingungen werden genannt:

- "- das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
 - das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
 - das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
 - das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken."
- (Enquete 1975, S. 410).

Die Prioritäten werden wie folgt gesetzt:

- a) Aus- und Aufbau der komplementären Dienste
 - b) Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste
 - c) Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern
 - d) Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung
 - e) Vorrangige Verbesserung der Versorgung von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen, und Suchtkranken
 - f) Entwicklung von Modellversorgungsgebieten in städtischen wie ländlichen Regionen
- (Enquete 1975).

Wenn auch diese Konzeption nicht so durchgeführt wird, wie es geplant ist, so gibt sie doch die Richtung an, in die die Reform der Psychiatrie geht, und damit auch die Bedingungen, in die eine Verbesserung der Krankenpflegepersonalausbildung eingepaßt werden muß.

2.1.2. Neue Aufgaben des Krankenpflegepersonals

Mit den Reformen, die angestrebt und in Ansätzen schon verwirklicht sind, ändern sich die Tätigkeitsanfor-

derungen an das Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie ganz enorm. Das Pflegepersonal nimmt nicht mehr die schützende Wärterfunktion ein, die es in der vorwiegend verwahrlosten Psychiatrie früher innehatte.

" Die ursprünglichen Aufgaben der Ausgrenzung und Aufbewahrung erweitern sich um die funktionalen Elemente der Pflege, Heilung und Resozialisierung der Kranken." (KUKLA 1973, S. 484).

An die Stelle der traditionellen pflegerischen Aufgaben, die sich aus der 'Großen Krankenpflege' ableiten, tritt immer mehr die Aufgabe der Schaffung des therapeutischen Milieus durch das Pflegepersonal (RAVE-SCHWANK 1976; KUKLA 1973).

Das Pflegepersonal besetzt in einer solchen rehabilitationsorientierten Konzeption eine "sozialtherapeutische Schlüsselstellung" (HUBER 1972, S. 530) und wird nach Ansicht FRICKEs sogar zur "therapeutischen Grundkraft" (FRICKE 1975, S.19).

KOESTER betont:

" Ohne die konstruktive, das Therapieprogramm rund um die Uhr tragende Mitwirkung des Pflegepersonals wären alle sozio- und psychotherapeutischen Maßnahmen zum Scheitern verurteilt, wären Gruppenbehandlungen von den verschiedensten methodischen Ansätzen her undenkbar, blieben auch moderne sozialpsychiatrische Behandlungs- und Nachsorgestrukturen wie Tages- und Nachtkliniken, Patientenklubs usw. lediglich modische Organisationsformen ohne Leben und Inhalt." (KOESTER 1976, S. 319).

In der Realität hat sich diese programmatische Forderung selbstverständlich noch lange nicht durchgesetzt.

So bedauert KOESTER

"..., daß die Hauptaufgabe in der psychiatrischen Krankenpflege noch immer gesehen wird in der Ausführung medizinischer Maßnahmen, in der Beaufsichtigung von Patienten und in der Sorge für Ordnung und Sauberkeit

auf der Station, wobei noch als gravierende Fehlentwicklung hinzukommt, daß mit zunehmender beruflicher Erfahrung, durch stärkere administrative Inanspruchnahme die Tätigkeit des Pflegepersonals immer patientenferner wird." (KOESTER 1976, S. 319).

Trotzdem ist es wichtig, die neuen Tätigkeitsanforderungen zu analysieren und die Ergebnisse zu einer neuen ad-äquaten Lernzielbestimmung innerhalb der Ausbildung zu verwenden. Die für das Pflegepersonal wichtigsten Reformschritte, die die größten Auswirkungen auf das Tätigkeitsprofil haben und somit in der Ausbildung beachtet werden müssen sind:

- die Rehabilitationsorientierung, die sich immer mehr auch in der stationären Versorgung durchsetzt,
- das Streben nach einer gemeindenäheren Versorgung.

Die rehabilitative Orientierung unterstreicht die Bedeutung des Pflegepersonals aufgrund seiner Mediatorenfunktion und der Tatsache, daß es die meiste Zeit mit den Patienten verbringt. Soll die Resozialisierung und gesellschaftliche Reintegration bzw. die möglichst weitgehende Aktivierung der ständig stationär zu versorgenden Patienten gelingen, muß das Pflegepersonal therapeutische Grundkenntnisse besitzen und therapeutisches Verhalten zeigen.

Untersuchungen in den U.S.A. haben nachgewiesen, daß das Pflegepersonal als 'Pflegetherapeut' oder 'Pflegeberater' hervorragende Arbeit leisten kann (SMITH & ENGLISH 1975; SMITH 1972; SEVERIN & BECKER 1974; FRANK & FRANK 1972/73).

Die Aufgaben lagen dabei vor allem in der Mitwirkung an therapeutischen Programmen, die der Aktivierung der Patienten und der Förderung der Selbstständigkeit bis hin zur eigenverantwortlichen Selbstversorgung und Entlassung dienten. Die durch die rehabilitative Reformierung bedingten strukturellen Veränderungen der Anstalten von geschlossenen Abteilungen bis hin zur offenen Behandlung der Patienten hat positive Konse-

quenzen für das Image der Pfleger und Pflegerinnen. WRIGHT & SHRADER wiesen nach, daß die Öffnung einer Anstalt zu weit größerer Einstellungsänderung unter der Bevölkerung führt, als es sämtliche Aufklärungskampagnen können (WRIGHT & SHRADER 1965).

Die gemeindenähe Psychiatrie verlagert den Schwerpunkt von der intramuralen auf die extramurale Behandlung psychisch Gestörter. Dies hat zur Folge

"..., daß die ambulant arbeitende Krankenschwester den Patienten nicht in der Isolierung sondern mitten in seiner privaten Umwelt antrifft und sie auf diese Weise Einblick in die sozialen Verhältnisse gewinnt, die oftmals ebenso 'behandlungsbedürftig' sind, wie die medizinisch diagnostizierte Krankheit. Allein von daher ergibt es sich bereits, daß ihr Aufgabenbereich weit mehr sozial orientiert ist. Wenn sie wirkungsvoll tätig sein will, muß sie Kenntnisse über psychosomatische und sozialpsychologische Zusammenhänge haben, sowie über soziale Fragen Bescheid wissen." (PINDING 1972, S. 135).

Daneben gewinnt die Teamarbeit sowohl in der intra- als auch in der extramuralen Arbeit große Bedeutung:

" Die Kooperation einer Kerngruppe, bestehend aus dem Arzt, der Krankenschwester und dem Sozialarbeiter muß jedoch als Voraussetzung für eine gute Krankenversorgung gelten." (PINDING 1972, S. 139).

Die Fähigkeit zum rehabilitationsfördernden therapeutischen Umgang mit den Patienten und zur Teamarbeit sind also die wichtigsten Voraussetzungen für ein effektives Arbeiten psychiatrischen Krankenpflegepersonals.

2.1.2.1. Notwendigkeit der Teamarbeit

Die Abstimmung von stationärer Behandlung und ambulanter Nachsorge ist ebenso wie die optimale Einbeziehung aller im intramuralen Raum tätigen Arbeitskräfte - der Ärzte, Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Psychologen usw.-

nur möglich, wenn die Behandlungskonzeptionen und Behandlungsschritte im Team diskutiert und entschieden werden.

Die Kompetenzschwierigkeiten der einzelnen Berufssparten, welcher "Teil des Patienten" (FRICKE 1975, S.5) denn nun ihnen gehöre, und das hierarchische Entscheidungsgefälle, in dem nach FRICKE (1975) das Pflegepersonal gegenüber dem Arzt nur ein Nachordnungsverhältnis hat, muß überwunden werden.

Daß dies nicht ohne Konflikte abgehen wird, belegt u.a. eine Studie von DAVIS (1974), die herausfand, daß die Erwartung und Bereitschaft an Entscheidungen teilzunehmen, beim Pflegepersonal wesentlich höher liegt als die Bereitschaft der Ärzte, von ihrer Entscheidungsbefugnis etwas abzugeben.

Doch ist aufgrund der bisherigen beruflichen Sozialisation auch kaum ein Pfleger bereit, diese Mitentscheidungsgewalt als neue Verantwortung zu übernehmen (WILKINSON 1973; 1974).

Dies resultiert zum einen daraus, daß man auf diese Aufgaben nicht vorbereitet wurde und die Unsicherheit aus Angst vor dem Versagen zu groß ist, und zum anderen aus einem Unterlegenheitsgefühl gegenüber den Ärzten, von denen gemeinhin gesagt wird, daß sie alle Tätigkeiten des Pflegepersonals sowieso besser beherrschten.

GOERING schreibt dazu:

" Nurses can learn to collaborate only after overcoming their fear and resentment of being dominated by psychiatrists and other members of the team." (GOERING 1973, S. 3).

Hat ein Mitglied des Pflegepersonals jedoch einmal die Stelle eines Teammitglieds eingenommen, kann es hervorragende Dienste als teilnehmender Beobachter auf der Station leisten und so zu einer fundierteren Diagnose und Behandlungskonzipierung beitragen (BARTON & KELSO 1971).

2.1.2.2. Therapeutisches Verhalten

Als Antwort auf die frühere

"... autoritative Anstaltsstruktur, die die persönliche Freiheit des psychisch Kranken zu weit einschränkte, und ihm die passive, unverantwortliche Rolle eines 'Patienten' auferlegte,..." (STIAWA 1975, S. 1),

entwickelte JONES das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft:

" Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft führt die Idee der Selbstbestimmung durch den Patienten ein gutes Stück weiter, indem ihm, in Zusammenarbeit mit dem Personal, vermehrt Verantwortung für seine eigene Behandlung und seine Lebensbedingungen übertragen wird. Auf diese Weise beteiligen sich einige der Patienten aktiv an der Planung und Durchführung ihrer eigenen Behandlung." (JONES 1976, S. 61).

Dies hat natürlich Konsequenzen für das Personal einer psychiatrischen Abteilung:

" The key principle of this concept is that all employees, volunteers, and other patients are potential rehabilitators." (GORDON 1973, S. 108).

Ziel der therapeutischen Gemeinschaft ist die Organisation der Station zum therapeutischen Milieu, weil davon auszugehen ist, daß sich ein Patient in einem positiven Milieu wesentlich besser verhält, und somit das sogenannte Anstaltssyndrom, welches durch abnehmende Außenkontakte und das Verlernen sozialer Fertigkeiten gekennzeichnet ist, von vornherein verhindert werden kann (RAVE-SCHWANK 1976; STIAWA 1975).

Die Arbeit in einem solchen therapeutischen Milieu setzt gerade beim Pflegepersonal, den "Dauerbezugspersonen der Patienten" (FRICKE 1975, S. 7), besondere Fähigkeiten voraus, um in der Rolle des therapeutischen Partners effektiv arbeiten zu können.

Diese Fähigkeiten liegen u.a. im

"...Erkennen und Verstehen von innerpsychischen Vor-

gängen, von interpersonalen Konflikten, von Störungen der Interaktion und zwischenmenschlicher Begegnung, sowie im Verständnis für gruppendynamische Vorgänge." (KOESTER 1976, S. 318).

Das Pflegepersonal muß den Patienten stets ausreichend informieren, auf Regeln aufmerksam machen, diese vor allem begründen, und letztlich einfach ständig als Gesprächspartner ansprechbar sein (RAVE-SCHWANK 1976). Eine andere wichtige neuere Konzeption, die beim Pflegepersonal etwas anders gelagerte Fähigkeiten voraussetzt, ist die verhaltenstherapeutische (HERSEN & BELLACK 1978; LE BOW 1976). Während die therapeutische Gemeinschaft gruppendynamische und gesprächstherapeutische Prinzipien in den Vordergrund stellt, basiert die verhaltenstherapeutische Behandlung auf lerntheoretischen Paradigmen. Auch hierbei kommt dem Pflegepersonal eine Schlüsselstellung zu:

" Perhaps the most obvious feature of token economy programs is the central role of nurse personel. They more than other staff are in a position to oversee all aspects of a token program including the coordination of observation, administration of reinforcers, and program planning." (JOHNSON & GROVES 1972, S.10).

Die Prinzipien der verhaltenstherapeutischen Behandlung sieht PARLOUR folgendermaßen:

- " 1. Definition of situation in observable terms
2. Structuring treatment programs directly around behavioral objectives
3. Utilizing reinforcement techniques imaginatively
4. Measuring baselines and results
5. Emphasis on the responsibility of the client and his significant others for cure by establishing treatment contracts with them." (PARLOUR 1975, S. 89).

Die Aufgaben des Pflegepersonals bei einer verhaltenstherapeutischen Orientierung liegen u.a. in der genauen Beobachtung des Patienten, dem Feststellen von Verstär-

kern, der Mitarbeit an der Planung von Programmen, der Beteiligung an der Durchführung dieser Programme (Verteilung der Verstärker bei erwünschten Verhaltensweisen, Löschung von unerwünschten Verhaltensweisen, Abschluß von Verträgen usw.) und schließlich in der Registrierung des Therapieverlaufs.

Die Erfahrungen, die bisher mit der Beteiligung von Pflegepersonen an solchen Programmen gemacht wurden, sind durchweg positiv. GRIPP & MAGARO (1971) und McRLYNOLDS & COLEMAN (1972) kommen zu dem Ergebnis, daß nicht nur das Verhalten der Patienten sich durch ein solches Programm wesentlich verbessern läßt, sondern daß darüber hinaus auch beim Pflegepersonal selber Einstellungs- und Verhaltensänderungen in positiver Richtung zu verzeichnen sind. Durch die sichtbaren Erfolge im Verhalten der Patienten ändern sich auch die Erfolgserwartungen der Pflegepersonen und motivieren so zu weiteren Bemühungen um die Patienten.

MILBY, WILLCUT & HAWK (1973) ließen das Pflegepersonal genaue Beobachtungsbögen über den Verlauf eines Münzprogramms führen, und machten damit ebenfalls gute Erfahrungen.

Der Einsatz der VT in der Psychiatrie findet jedoch nicht nur Zustimmung. DRUST (1973) macht ihr auf wissenschaftstheoretischer Ebene den Vorwurf der "...allgemeinen Theorielosigkeit und Theoriefeindlichkeit." (DRUST 1973, S. 130). Diese generelle Kritik an der VT ließe sich jedoch nur in einer grundsätzlicheren Diskussion klären, für die hier nicht der Platz ist.

Es läßt sich aber festhalten, daß VT Techniken niemals eingesetzt oder vermittelt werden sollten, ohne daß übergreifende Überlegungen über das Ziel einer Therapie angestellt werden. Da nicht prinzipiell ausgeschlossen werden kann, daß diese Techniken zum Nachteil des Patienten eingesetzt werden, sollten diese Techniken nicht als unabhängige Manipulationsmöglichkeiten angesehen und dargestellt werden, sondern nur als Hilfsmittel zur Verwirklichung bestimmter, vorher zu definierender therapeutischer Ziele.

Ein weiterer, vielleicht schwerwiegenderer Vorwurf, ist der, daß die VT ein Machtgefälle zwischen Therapeut und Klient schaffe und den kustodialen Charakter der psychiatrischen Versorgung noch mehr betone:

" Das hierarchische Gefälle reicht vom wissenschaftlichen Experten über seine Lohn - Strafe vollstreckenden Mitarbeiter bis hin zu ihren Objekten - den Patienten. Es ist meines Erachtens ein Irrtum der Verhaltenstherapeuten, zu glauben, ihren Patienten (durch am Ende selbst zu beherrschendes) Konditionieren ihres Verhaltens eigenverantwortliches Handeln zu vermitteln, um sie schließlich als selbstverfügbare Individuen in die Gesellschaft zu entlassen. Hier wird im Gegenteil zunächst einmal eine soziale Dependenz gegenüber einem mächtigen, totalitären - weil über Lohn und Strafe allein verfügendem - Personal geschaffen..." (KRÜGER 1972, S. 185).

Abgesehen von der unzulässigen Verkürzung der VT auf das Lohn - Strafe Prinzip, gibt es Wissenschaftler, die gerade im Einsatz der VT eine Möglichkeit zum Abbau von Hierarchieverhältnissen sehen (Autorenteam der verhaltenstherapeutischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik in Hücklingen 1973).

SZASZ (1978) unterscheidet beim Einsatz verhaltensmodifikatorischer Techniken, ob der Patient dem Einsatz zustimmt oder nicht. Nach seiner Meinung ist der Einsatz nur dann gerechtfertigt, wenn der Patient freiwillig am Programm teilnimmt:

" My emphasis is thus on letting the client or patient choose, and benefit or suffer from the consequences of his choice." (SZASZ 1978, S. 202).

Es ist jedoch illusorisch, wenn man glaubt einem akut schwer gestörten oder lang hospitalisierten Patienten die Entscheidung überlassen zu können, ob er an einem Therapieprogramm teilnehmen möchte oder nicht.

Der Wissens- und Erfahrungsvorsprung des Therapeuten ist nicht hinwegzudiskutieren, und ist, solange er nur

in Sachautorität mündet, nur zum Vorteil.

Will man die Fähigkeiten zusammenfassen, die jetzt und in Zukunft vom Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie aufgrund veränderter Versorgungskonzepte erwartet werden und die zu einer zunehmenden rehabilitativen Orientierung der Psychiatrie beitragen, stehen zwei Komplexe im Vordergrund:

1. Die Fähigkeit zur interdisziplinären Teamarbeit.
2. Das Wissen um den therapeutischen Umgang mit dem Patienten und die Fähigkeit, die verschiedenen therapeutischen Techniken auf der Verhaltensebene anzuwenden.

2.1.3. Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals

Nachdem im letzten Abschnitt untersucht wurde, welche Tätigkeitsanforderungen an das in der psychiatrischen Versorgung arbeitende Krankenpflegepersonal zur Zeit und vor allem bei einer fortschreitenden Reformierung des Versorgungssystems gestellt werden, wird im Folgenden für eine notwendige Ausbildungsreform die Diskrepanz zwischen jetziger Ausbildung und realen Anforderungen analysiert.

2.1.3.1. Gegenwärtige Ausbildungsbedingungen

Die gegenwärtige Ausbildung des Pflegepersonals orientiert sich weitgehend an der "Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern" vom 2.8.1966 (Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1966, Teil I, S. 462 ff.). Eine gesonderte psychiatrische Grundausbildung existiert nicht (KUKLA 1973). Für den Theorieteil der meist 3-jährigen, mit dem Staatsexamen abschließenden Ausbildung, schreibt die Ausbildungsordnung circa 1200 Unterrichtsstunden vor, deren

Inhalte von Berufs-, Staatsbürger- und Gesetzeskunde, Arzneimittellehre, über alle wichtigen medizinischen und allgemeinbildenden Gebiete bis hin zur Unfallverhütung und Ersten Hilfe reichen.

Die Neurologie und Psychiatrie nehmen in diesem Rahmen nur circa 5 % der Unterrichtsstunden ein. Die Berufs-, Staatsbürger- und Gesetzeskunde nimmt dagegen immerhin knapp 9 % des Unterrichts ein.

Neben diesem theoretischen Unterricht, bei dem dem einzelnen Ausbildungsträger wenig Freiraum in der Gestaltung bleibt, findet die praktische Ausbildung statt.

Auch das Pflegepersonal, das für die Psychiatrie ausgebildet wird, hat auf dem Gebiet der inneren Medizin eine mindestens 26 Wochen dauernde, und auf dem Gebiet der Chirurgie eine mindestens 13 Wochen dauernde praktische Ausbildung zu absolvieren (Ausbildungs- und Prüfungsordnung ... 1966, S. 463).

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung schreibt zwar vor, daß den Ausbildungsabsolventen während der Ausbildung Gelegenheit zu geben ist,

"... die im Unterricht erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie bei der praktischen Arbeit anzuwenden..." (Ausbildungs- und Prüfungsordnung ... 1966, S. 462),

doch ist diese Forderung aus zwei Gründen illusorisch:

1. Der geforderte theoretische Unterrichtsstoff, der keine inhaltliche Verbindung zur praktischen Arbeit zuläßt, nimmt zu großen Raum ein.
2. Es ist nicht möglich mehr als 2 - 3 Schüler gleichzeitig auf einer Station einzusetzen, so daß ein Schüler, der im zweiten Ausbildungsjahr auf der Sucht- oder Geriatriestation arbeitet, die entsprechenden theoretischen Kenntnisse vielleicht im ersten oder dritten Ausbildungsjahr vermittelt erhält.

Dieser fehlende Theorie - Praxis Bezug und die Diskrepanz zwischen allgemeiner Krankenpflegetheorie und spezieller praktischer Arbeit auf einer psychiatrischen Station,

führen KUKLA (1973) zu der Ansicht, daß die Schüler "... durch die Ausbildung weder für eine Tätigkeit in der allgemeinen Krankenpflege noch für die Aufgaben in der Psychiatrie ausreichend qualifiziert ...(werden, Anm. des Verf.)" (KUKLA 1973, S. 490).

Zur Fort- und Weiterbildung des in der Psychiatrie tätigen Pflegepersonals gibt es noch keine bundeseinheitliche Regelung.

In den einzelnen Bundesländern existieren jedoch schon eine ganze Reihe von Modellen, die fast alle eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung vorsehen (Zusammenstellung der Weiterbildungsstätten in "im blickpunkt" 1976, 3, S. 7).

Diese Kurse sehen vor allem die Aufarbeitung der Defizite der allgemeinen Grundausbildung vor und verfehlen damit eigentlich ihren Zweck, nämlich die weitere Spezialisierung auf ausgewählten Gebieten.

Dazu kommt als Problem, daß diese Kurse nur einen kleinen Teil des Pflegepersonals erreichen und zudem die Teilnahme in das Belieben des Einzelnen gestellt ist, der auf eine wohlwollende dienstliche Freistellung angewiesen ist.

Ein weiteres großes Manko der derzeitig gültigen Ausbildungsordnung ist das Fehlen verbindlicher Kataloge von Lerninhalten und Lernzielen. Die Zusammenstellung solcher Kataloge, für die es durchaus gute Vorlagen gibt (GUTBERLET 1975), ist in das Belieben der einzelnen Krankenpflegeschulen gestellt und wird allenfalls in Rahmenlehrplänen verankert. Dies führt auf Bundesebene zu einem sehr unterschiedlichen Ausbildungsstand des Pflegepersonals und verhindert eine Vereinheitlichung der Reformierungsbestrebungen.

2.1.3.2. Defizite der Ausbildung

Vergleicht man die Tätigkeitsanforderungen einer rehabilitationsorientierten psychiatrischen Versorgung und

das gegenwärtige Ausbildungsangebot für Pflegepersonal, so stehen zwei defizitäre Bereiche im Vordergrund:

- die fehlende Spezialisierung im theoretischen Unterricht,
- das Fehlen praktischen Übens des therapeutischen Umgangs mit dem Patienten.

Der geringe Stellenwert, den die Psychiatrie im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsordnung hat, läßt keine adäquate Vermittlung notwendigen Wissens, das über das medizinische Grundwissen hinausgeht, zu. KUKLA sieht als Folge:

" Durch die fehlende Vermittlung psychologischer Wissensaspekte sind die Schwestern nicht für eine therapeutische Interaktion mit den Patienten vorbereitet. Dadurch sind sie nicht in der Lage, das Handeln der Patienten in psychologischen Categoriesystemen wahrzunehmen, kognitiv zu verarbeiten und als den spezifischen Ausdruck der Krankheit zu verstehen." (KUKLA 1973, S. 495).

Schwerwiegender noch als dieses Wissensdefizit wirkt sich die fehlende praktische Anleitung für den alltäglichen Umgang mit dem Patienten aus. RALPH, HIRSCHOWITZ & SCHRADER (1974) stellten fest, daß weniger das Wissen um therapeutische Techniken, als vielmehr die tatsächlichen Verhaltensfertigkeiten für den therapeutischen Kontakt mit dem Patienten ausschlaggebend sind. Das praktische Training von Verhaltensweisen fehlt in der bisherigen Ausbildung aber völlig.

So wissen Pflegekräfte, daß sie sich rehabilitativ verhalten sollen, nicht jedoch, wie dies in der konkreten Situation auf der Station aussieht. Da sie die Vermittlung dieser Fähigkeiten auch nicht von älteren Berufskollegen auf der Station erwarten können, sind sie auf eigene Erfahrungen nach Versuch und Irrtum angewiesen. Die daraus resultierenden Unsicherheiten führen gerade Berufsanfänger dazu, daß sie den Patienten als unbe-rechenbar erleben und sich lieber

"... auf die verhältnismäßig sichere kustodiale Position

zurückziehen und mit Ersatzhandlungen reagieren, wie etwa Putzen und andere hauswirtschaftliche Tätigkeiten, in denen Interaktionen mit dem Patienten vermieden werden." (KUKLA 1973, S. 496).

Um die Unsicherheiten vermeiden zu helfen, und den Pflegekräften einen rehabilitationsfördernden Umgang mit den Patienten zu ermöglichen, ist es dringend notwendig die geforderten Kommunikations- und Verhaltensfertigkeiten praktisch einzuüben. Diese Einübung bedarf natürlich anderer didaktischer und methodischer Konzepte, als die, die bisher im üblichen Frontalunterricht benutzt wurden, und die lediglich zur Wissensvermittlung, hingegen nicht zur Vermittlung komplexer verbaler und motorischer Verhaltensmuster geeignet sind.

2.1.3.3. Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung

Differenziertere Vorschläge für eine veränderte Aus- und Fortbildung des Krankenpflegepersonals könnten nur aufgrund einer genauen Arbeitsplatzanalyse geleistet werden (GILLE 1976). Dies ist aber nicht Aufgabe dieser Arbeit, die die methodischen Vermittlungsmöglichkeiten für die geforderten Lerninhalte untersuchen soll. Obwohl eine Trennung von Inhalt und Methode nicht möglich ist, reicht hier aber die Bestimmung von Grobzielen auf einer theoretisch pragmatischen Ebene aus. In die konkrete Lernzielbestimmung, die Voraussetzung für eine experimentelle Überprüfung im Rahmen dieser Arbeit ist, werden die empirischen Ergebnisse der Gespräche und Fragebogen über Probleme des Pflegepersonals eingehen (vgl. 3.1.2), welche auf subjektiver Ebene die objektiven, bisher theoretisch abgeleiteten, Schwierigkeiten widerspiegeln.

Als Grobziele können hier aufgrund der oben diskutierten Defizite in der heutigen Ausbildung festgehalten werden:

1. Die Ausbildung des Pflegepersonals für die stationäre

psychiatrische Versorgung muß die speziellen Probleme der Psychiatrie stärker berücksichtigen. Hierzu gehört die Vermittlung von Kenntnissen über die sozialen Probleme, die durch eine stationäre Behandlung entstehen, über juristische Fragen der Unterbringung, über den allgemeinen Umgang mit dem Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung, über den Einsatz von therapeutischen Techniken usw. Ob eine solche Verlagerung der Unterrichtsinhalte eventuell zu einem neuen Ausbildungsberuf ('Krankenpfleger/in für Psychiatrie') führt, muß sich in den nächsten Jahren herausstellen.

2. Die Vorbereitung auf den realen therapeutischen Umgang mit dem psychisch Gestörten muß zu einem zentralen Unterrichtspunkt werden. Bei der ständigen Konfrontation mit ungewohnten Problemen auf der Station und dem Anspruch auf 'rehabilitationsorientiertes' oder 'therapeutisches' Verhalten reicht es nicht aus, diese Probleme nur theoretisch zu behandeln. Das kognitive Wissen um das richtige Verhalten ist lediglich eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung, wenn die entsprechenden Verhaltensweisen nicht im Verhaltensrepertoire des einzelnen Individuums vorhanden sind oder die Ausführung durch irgendwelche Faktoren verhindert wird.

Diese Notwendigkeit einer verhaltensorientierenden Ausbildung setzt natürlich die Aufnahme neuer didaktischer Konzepte und neuer Methoden zur Vermittlung adäquater Verhaltensmuster in zu erstellende Curricula voraus. In diesem Rahmen könnte das Lernen am Modell unter Nutzung audiovisueller Hilfsmittel eine große Bedeutung erlangen.

2.1.4. Das Westfälische Landeskrankenhaus Lengerich

Im Folgenden werden die materiellen und personellen Voraussetzungen im WLK Lengerich, dem Versuchsort der

beiden Experimente der vorliegenden Arbeit, dargestellt. Nur wenn die Bedingungen in Lengerich nicht wesentlich von den unter 2.1.1.2. beschriebenen allgemeinen Bedingungen der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung abweichen, lassen sich die unter 2.1.3.3. abgeleiteten Forderungen nach einer Spezialisierung der theoretischen Ausbildung und der verhaltensorientierten Vermittlung von therapeutischen Verhaltensmustern auch auf die Krankenpflegeschule im WLK Lengerich übertragen. Nur dann können auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit größere Repräsentativität beanspruchen.

2.1.4.1. Statistische Angaben zum WLK Lengerich

Der Einzugsbereich des WLK Lengerich umfaßt mit den Städten Recklinghausen und Castrop-Rauxel, sowie den Kreisen Recklinghausen, Minden, Steinfurt und Lübbecke insgesamt ungefähr 1 200 000 Menschen.

Die Orte liegen durchschnittlich 100 km von Lengerich entfernt.

Das 1867 erbaute und ursprünglich für 300 Patienten vorgesehene Gebäude beherbergte 1977 circa 820 Patienten. Trotz erheblicher baulicher Erweiterungen muß der Hauptteil der Gebäude als stark renovierungsbedürftig bezeichnet werden.

Es existieren 32 Abteilungen (diese und die folgenden Angaben alle von 1977), die durchschnittlich 28 Patienten beherbergen. 14 Abteilungen sind gemischt belegt. 21 werden als offene Stationen geführt.

Patienten mit unterschiedlichsten Störungen werden aufgenommen:

" Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Borderline Syndrome, suizidale Neurosen, multiple Sozialpathien, schwere Phobien, Zwänge und Anfallsleiden, symptomatisch hirnnorganisch bedingte Psychosen sowie Schwachsinnzustände verschiedener Genese. Zahlenmäßig

am stärksten vertreten ist die Gruppe der akuten Psychosen." (Konzept des akut-psychiatrischen Aufnahmebereichs des WLK Lengerich S.2).

Das WLK Lengerich ist symptomorientiert in verschiedene Funktionsbereiche gegliedert:

- " 1. den akut-psychiatrischen Aufnahmebereich
2. den Rehabilitationsbereich
3. den Suchtbereich
4. die Geriatrie sowie zwei separate Fachabteilungen für Neurologie und Innere Medizin" (ebenda, S. 1).

Zusammenfassend läßt sich zwischen den materiellen äußeren Bedingungen des WLK Lengerich und den anderen psychiatrischen Großkrankenhäusern kein ins Gewicht fallender Unterschied feststellen.

2.1.4.2. Personelle Situation im WLK Lengerich

In Lengerich gab es 1977 26 Ärztstellen, 7 Psychologenstellen, 5 Stellen für Sozialarbeiter, 1 Stelle für Sport- und Gymnastiklehrer, 3 Stellen für Beschäftigungstherapeuten und 3 Stellen für Schwestern in der Beschäftigungstherapie.

Außerdem waren 150 Pfleger und 145 Schwestern in Lengerich beschäftigt, von denen jedoch nur 116 bzw. 60 das große Staatsexamen hatten.

Dies ergibt einen Pflegeschlüssel zwischen 1:2,6 (Geriatrie) und 1:4,1 (Rehabilitationsbereich), wobei dies aber nur ein formales Beschreibungskriterium ist, da eine Station aufgrund von Krankheit, Urlaub usw. nie vollständig besetzt ist.

Das Alter beträgt im Durchschnitt 40 Jahre, wobei 30 % zwischen 20 und 35 Jahre alt sind, und circa 20 % über 50 Jahre alt sind.

Die Ausbildung des Pflegepersonals wird von einer eigenen Krankenpflegeschule getragen, an der man nach einem Jahr das Pflegehelferexamen und nach drei Jahren

das Staatsexamen ablegt. Während früher das Krankenhaus Schwierigkeiten hatte, genügend Personal zu bekommen und Anfänger aus allen Berufssparten rekrutierte, beginnen heute fast ausschließlich Schulabgänger (Realschule, Fachoberschule, Hauptschule, Gymnasium) eine Ausbildung. Es liegen heute außerdem jedes Jahr so viel Bewerbungen vor, daß die Krankenpflegeschule nur einen sehr geringen Teil der Bewerber berücksichtigen kann.

Aus diesem Grunde besetzen heute Auszubildende auch keine Planstellen mit voller Entlohnung mehr, wie es bis vor einigen Jahren noch der Fall war.

Man kann davon ausgehen, daß heutige Anfänger ein größeres intrinsisches Interesse an der Psychiatrie haben und stärker zum persönlichen Engagement motiviert sind, als es früher Mitarbeiter waren, die in der Arbeit lediglich eine finanziell sichere und ruhige Arbeitsstelle sahen. Die zunehmende Attraktivität der Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus ist im Moment bundesweit zu beobachten und hängt mit allgemeinen Rollenerwartungen des Pflegepersonals zusammen.

Lengerich unterscheidet sich also auch auf dem Personal-sektor unter quantitativen und qualitativen Aspekten nicht von anderen psychiatrischen Anstalten.

2.1.4.3. Therapeutische Konzepte

Auch die Konzipierung der therapeutischen Behandlungsprogramme gleicht im großen und ganzen der allgemeinen Neuorientierung der stationären psychiatrischen Versorgung.

Es wird festgestellt:

" Speziell in einem psychiatrischen Krankenhaus darf sich die Behandlung der Patienten nicht nur auf eine ausschließlich reparative, etwa an Symptombefreiheit ausgerichtete Therapie beschränken. Im Vordergrund steht hier ebenso die Rehabilitation (Resozialisierung),

Förderung oder Korrektur sozialer Lernprozesse, Einsicht in die persönliche Problematik, sowie Bildung und Festigung einer sozialen Identität (d.h. Wahrnehmung der Rolle im Familien-, Arbeits- und Gemeinschaftsleben)." (Konzept des akut-psychiatrischen Aufnahmebereiches des WLK Lengerich, S. 3).

STIAWA (Leiter des WLK Lengerich), der die Grundlage im "... Prinzip einer gestuften Mitverantwortung und einer Demokratisierung der Anstaltsstruktur..." (STIAWA 1975, S. 1)

sieht, betont auch die Schlüsselstellung des Personals:

" Erste Voraussetzung für eine allmähliche Veränderung der Abteilungsstruktur, für eine Patientenmitverantwortung im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft ist ein enger Kontakt mit dem Personal, dessen laufende Orientierung und Information und Schulung." (STIAWA 1975, S. 2).

Die möglichst weitgehende Rehabilitation soll durch ein Stufenprinzip verwirklicht werden. Die Patienten sollen je nach individuellen Möglichkeiten gefördert und aktiviert werden. Das geht vom Erlernen des Gebrauchs von Eßbesteck, über die Teilnahme an Beschäftigungs-, Arbeits- und Reisetherapie, bis hin zum selbstständigen Wohnen in der Nachtklinik.

Als Probleme bestehen wie, auch in den meisten anderen großen psychiatrischen Krankenhäusern:

- schlechte bauliche Voraussetzungen,
- Zeitmangel des Personals,
- große Anzahl an Patienten, die noch als 'Relikt vergangener Zeiten' seit Jahrzehnten hospitalisiert sind, und vor allem am Anstaltssyndrom leiden.

Es bleibt festzustellen, daß die Lage im WLK Lengerich unter dem Aspekt der materiellen Voraussetzungen, des Personalbestandes und der therapeutischen Konzepte der gesamtgesellschaftlichen Lage der psychiatrischen Versorgung entspricht. Von daher steht die Forderung nach einer Vorbereitung des Pflegepersonals auf Teamarbeit und rehabilitatives Verhalten auch in Lengerich im Vordergrund.

2.2. Theorien zum Imitationslernen

2.2.1. Bedeutung des Modellernkonzeptes

Im Folgenden wird das Konzept des Modellerns (BANDURA 1969; 1976 a; 1977 d) vorgestellt, das in dieser Untersuchung auf seine Brauchbarkeit bei der Vermittlung komplexer Verhaltensmuster überprüft werden soll. Die Vorteile dieses Konzeptes, das von FIEDLER & WINDHEUSER als "ergiebigstes" der Imitationsansätze bezeichnet wird (FIEDLER & WINDHEUSER 1974, S. 266), werden im Vergleich mit konkurrierenden Nachahmungstheorien, in der Darstellung der postulierten Subprozesse und Lerneffekte, wie auch in der Übersicht über bisherige empirische Ergebnisse, deutlich werden.

Wenn das Imitationslernen heute bei vielen Forschern als eigenständiges Paradigma neben anderen - wie z.B. der instrumentellen oder klassischen Konditionierung - akzeptiert wird, so ist das vor allem ein Erfolg der konsequenten Arbeit BANDURAs und seiner Mitarbeiter, die die Grundlagen dafür schafften (KRAMAYER 1975). Daß die verschiedenen Imitationstheorien verhältnismäßig schwach abgesichert sind, liegt zum einen daran, daß das Phänomen der Nachahmung erst sehr spät zu einem eigenständigen Gegenstand psychologischer Forschung wurde, und zum anderen gerade seine praktische Verwertbarkeit in Klinischer, Pädagogischer und Sozialpsychologie erst seit kurzer Zeit erkannt wird. Die früheren Arbeiten entstammten fast ausschließlich entwicklungspsychologischen Fragestellungen und konnten, da sie mit Kindern als Vpn durchgeführt wurden, keine Repräsentativität für Erwachsenenlernprozesse beanspruchen.

2.2.1.1. Definitionsansätze zum Imitationslernen

Die unterschiedlichen theoretischen Ansätze zum Imitationslernen spiegeln sich selbstverständlich auch in

den verwendeten Konstruktbegriffen und Definitionen wider.

Für die Nachahmung werden Begriffe wie Identifikation, Imitation, soziales Lernen, Modellernen, Beobachtungslernen, stellvertretendes Lernen, Mimikry usw. verwendet.

Beispielhaft seien Definitionsversuch einiger Forscher angeführt, die jeweils als Repräsentanten einer bestimmten theoretischen Richtung angesehen werden können:

GEWIRTZ (1969) sieht die Nachahmung als einen Unterprozeß instrumenteller Reaktionen und durch lerntheoretische Gesetzmäßigkeiten bestimmt. Ihn interessieren weder Verhaltensinhalt noch topographische Ähnlichkeit zwischen dem Verhalten des Modells und des Beobachters, sondern nur die Verhaltensorientierung des Beobachters nach den vorangegangenen Reaktionen des Modells:

" Eine Reaktion ist dann imitativ, wenn sie erfolgt, um den Hinweisreizen zu entsprechen, die die Reaktion eines Modells bietet, und nicht aufgrund gemeinsamer antezedenter Stimuli oder Umgebungsbedingungen."

(GEWIRTZ 1969, S. 142, übers. d. KRAMMEYER 1975, S.44).

ARONFREED betont als Vertreter der affektiven Feedbacktheorien dagegen die Notwendigkeit einer hohen strukturellen und topographischen Ähnlichkeit.

Diese hohe Ähnlichkeit ist nach ARONFREED ein Beweis und Folge der Bildung von kognitiven Schemata ('cognitive templates'), die durch Speicherung der Topographie und Struktur des Modellverhaltens eine 'echte' Nachahmungsleistung ermöglichen:

" The original observed behavior and its cognitive representation by the child are, respectively, external and internal models for the subsequent replication behavior of the child. The properties of the representations are those of a cognitive template, in the sense that structure and topography of the behavior are stored for representation." (ARONFREED 1968, S. 79, zit. n. ZUMKLEY-MÜNKEL 1976).

PIAGET sieht das Nachahmungslernen vor allem unter entwicklungspsychologischem Aspekt:

" Die Nachahmung ... fügt sich ... in das Gesamtbild der sensomotorischen Adaptation ein, die den Aufbau der Intelligenz selbst kennzeichnet." (PIAGET 1969, S. 114).

FLANDERS liefert in seiner Übersichtsarbeit eine sehr weite und häufig benutzte Definition:

" An observer (O) is said to imitate a Model (M) when observation of the behavior of M, or expressions attributing certain behavior to M, affects O so that O's subsequent behavior becomes more similar to the observed, or alleged, behavior of M." (FLANDERS 1968, S. 316).

Auch BANDURA steckt den Rahmen des Imitationslernens sehr weit:

" Durch die Beobachtung des Verhaltens anderer und der sich ergebenden Konsequenzen werden neue Verhaltensreaktionen erworben und existierende Verhaltensmuster stark verändert." (BANDURA 1969, S. 202, Übers. d. Verf.).

Als neue Reaktion definiert er:

" Ob Reaktionen neu sind wird besser durch empirische Kriterien als durch Wertungen a p r i o r i (im Original kursiv, Anm. d. Verf.) festgelegt. Jedes Verhalten, dessen Vorkommenswahrscheinlichkeit bei gegebenen Reizbedingungen extrem gering oder gleich null ist, gilt als eine neue Reaktion. Die meisten neu zusammengesetzten Reaktionen werden aus bekannten Verhaltenselementen gebildet." (BANDURA 1976 a, S. 36).

Neben dieser sehr weiten Definition, die lediglich ausschließt, daß Verhaltensgemeinschaften, die auf gleiche Umweltbedingungen zurückzuführen sind, als Nachahmung bezeichnet werden, hohe topographische und strukturelle Ähnlichkeiten jedoch nicht voraussetzt, verwendet BANDURA auch die von anderen Forschern sorgsam gegeneinander abgegrenzten Termini für die Nachahmung synonym.

Seine Gleichsetzung der Begriff 'Identifikation', 'Imitation', 'Modellernen', 'Modellierung', 'Nachahmung', 'Beobachtungslernen' usw. (BANDURA 1976 a), wird auch in der vorliegenden Arbeit übernommen, da diese Bezeichnungen lediglich als Arbeitskonstrukte benutzt werden und es nicht um eine differenzierende Abklärung der Termini und der jeweils postulierten Subprozesse geht.

2.2.1.2. Einstellungs- und Verhaltensmodifikation

Das Einstellungskonzept, das in einigen Imitationstheorien eine Rolle spielt, ist nur dann von Relevanz, wenn man in der Lage wäre, mit seiner Hilfe offenes Verhalten, sei es verbal oder motorisch, zu erklären, zu prognostizieren oder gezielt zu modifizieren (BENNINGHAUS 1973). Dies würde eine Konsistenz zwischen Einstellung und Verhalten voraussetzen.

Die bisherigen empirischen Ergebnisse zu diesem Problem widerlegen jedoch die Konsistenzannahme ziemlich deutlich. WICKER faßt zusammen:

- " Die gegenwärtige Überprüfung liefert nur wenige Anhaltspunkte zur Bestätigung der These von der Existenz stabiler, dem Individuum zugrunde liegender Attitüden, die sowohl seine verbalen Äußerungen als auch sein faktisches Verhalten beeinflussen, und die Annahme, daß gefühlsmäßige Haltungen direkt in Verhaltensweisen umgesetzt werden, konnte nicht bewiesen werden."
(WICKER 1971, zit.n. STUMME 1975, S. 46 f.).

BENNINGHAUS sieht dies ähnlich:

- " Die gemessenen Einstellungen können - wenn überhaupt - zur Erklärung eines nur geringen Teils der Varianz des gemessenen Verhaltens herangezogen werden." (BENNINGHAUS 1973, S. 682).

LAFAVE stellte in einer Untersuchung zur Einstellung zweier Gemeinden gegenüber 'Geisteskranken' nicht nur keine Konsistenz, sondern sogar eine inverse Beziehung

zwischen Einstellung und Verhalten fest (n. STUMME 1975, S. 48).

DEUTSCHER warnt, daß

"... gleich welcher Art auch immer die theoretische Orientierung eines Forschers sein mag, er keinen Grund zu der Hoffnung hat, eine Kongruenz zwischen Attitüden und tatsächlichem Verhalten zu entdecken, sondern allen Grund hat, Diskrepanzen zwischen ihnen zu erwarten." (DEUTSCHER 1966, S. 247).

Einige Forscher ziehen aus diesem Dilemma die Konsequenz, das Einstellungskonzept ganz abzulehnen, oder aber es so weit zu modifizieren, daß man eher von einer gemessenen Handlungsabsicht sprechen sollte, die zudem nur von ganz eng umschriebenen Einstellungsobjekten im Situationskontext ausgeht (AJZEN & FISHBEIN 1973).

Auch BANDURA lehnt das traditionelle Einstellungskonzept ab (BANDURA 1969), obwohl er generell die Bedeutung kognitiver verhaltenssteuernder Mechanismen betont (BANDURA 1977 d).

Er versteht unter Einstellungen ebenso eine Verhaltensklasse wie offenes verbales und motorisches Verhalten und betont die Wichtigkeit situationaler Variablen (eine ausführliche Diskussion des Einstellungskonzeptes bei BANDURA findet sich bei GÖTZE, GROSS, RUDZKI & SCHIERENBERG 1975).

BANDURA schließt intendierte Einstellungsänderung nicht aus, mißt ihr aber als nur einer von vielen kognitiven Subvariablen in seiner verhaltensorientierten Theorie kein besonderes Gewicht zu. Einstellungsänderung kann für ihn nur eine stabilisierende Funktion im Rahmen eines verhaltensmodifikatorischen Ansatzes haben.

Diese grundsätzliche Verhaltensorientierung war ein Grund dafür, den BANDURAschen Modellernansatz als theoretische Grundlage dieser Arbeit, in der es auch um die Vermittlung von Verhalten geht, auszuwählen.

Dabei spielen Einstellungen lediglich im Rahmen motivationaler Prozesse insofern eine Rolle, als sie nicht den intendierten Verhaltensänderungen zuwiderlaufen sollten.

Dies scheint gesichert zu sein, da allgemein davon auszugehen ist, daß der größte Teil des Pflegepersonals re-habilitationsorientiert eingestellt ist und zur Übernahme adäquater Verhaltensmuster motiviert ist (vgl. 2.1.2.).

Ob diese Annahme auch für die konkreten Verhältnisse in Lengerich zutrifft, wird in Gesprächen mit dortigen Krankenpflegern überprüft werden müssen (vgl. 3.1.2.).

2.2.2. Verschiedene Ansätze zum Imitationslernen

Im folgenden Überblick werden sehr knapp die Grundprämissen der heute wichtigsten theoretischen Konzeptionen des Imitationslernen dargestellt, um den Rahmen für die darauffolgende Theorie BANDURAS abzustecken, und deren integrative Komplexität deutlich werden zu lassen.

Zur weiteren Information über Imitationsansätze und deren Bedeutung sei auf Sammelreferate von FLANDERS (1968) und VOGL (1974), sowie die Darstellungen von ZUMKLEY-MÜNKEL (1976) und ROSENTHAL & ZIMMERMANN (1978) verwiesen. Eine sehr interessante Übersicht unter entwicklungspsychologischen Aspekten geben YANDO, ZIGLER & SEITZ (1978).

Nicht berücksichtigt werden die heute bedeutungslosen Instinkttheorien mit Vertretern wie MORGAN (1869), McDUGALL (1908) und TARDE (1903), sowie die assoziations-theoretischen Ansätze von HUMPHREY (1921), ALLPORT (1924), HOLT (1931) und GUTHRIE (1952) (zit.n.VOGL 1974), die die Imitation durch konditionierte Reflexe erklärten, wobei sie die zeitliche Kontiguität als ausreichende Bedingung ansahen.

2.2.2.1. Verstärkungstheorien

Die Ersten, die die Imitation durch operante Lernprin-

zipien zu erklären versuchten, waren MILLER & DOLLARD (1941). Sie gingen davon aus, daß das Auftreten imitativer Reaktionen genauso wie das Lernen von Habits (HULL 1943) von positiver Verstärkung abhängig sei. Weiterhin nahmen sie an, daß der Beobachter zum Handeln motiviert sein müsse und die Verhaltensweisen des Modells als Hinweisstimuli wirkten. Das zufällige Auftreten der richtigen imitativen Reaktion als Parallelverhalten zum Verhalten des Modells könnte durch die Variation bestimmter Situationsvariablen beeinflußt werden. Wie schon in den frühen Assoziationstheorien wurde die zeitliche Kontiguität als notwendige Bedingung vorausgesetzt. Durch regelmäßige positive Verstärkung beim gemeinsamen Auftreten von Modellstimuli und imitativer Reaktion könnte die Nachahmung zu einem sekundären Trieb werden, so daß auf Dauer die externe Verstärkung nicht mehr notwendige Bedingung zum Auslösen einer Nachahmungsreaktion ist.

MILLER & DOLLARD unterschieden beim Imitationslernen zwischen dem 'matched dependent behavior' und dem 'copying'. Beim 'copying' muß im Gegensatz zum 'matched dependent behavior' die imitative Reaktion bestimmten Genauigkeits- und Ähnlichkeitskriterien genügen.

Etliche Forscher bezweifeln, daß MILLER & DOLLARD mit ihrem Forschungsparadigma überhaupt Imitationslernen demonstrierten, und sehen ihre Versuche eher als Beispiele von 'discrimination place learning' an (BANDURA 1976 a; ZUMKLEY-MÜNKEL 1976).

YANDO, ZIGLER & SEITZ fassen zusammen:

" Imitation was studied entirely within the context of a place-learning problem." (YANDO, ZIGLER & SEITZ 1978, S. 38).

Vor allem kritisiert BANDURA:

" Da die Theorie von Miller und Dollard voraussetzt, daß ein Individuum Reaktionen schon nachgeahmt haben muß, bevor es sie lernen kann, erklärt sie eigentlich nur, warum bereits früher gelernte Reaktionen auftreten,

nicht aber, wie sie erworben werden." (BANDURA 1976 a, S. 17).

Die Theorien von SKINNER (1953) und BAER & SHERMAN (1964) gehen grundsätzlich von den gleichen Bedingungen für die Nachahmung aus. Auch ihre Ansätze kommen mit dem lern-theoretischen Standardmuster von modelliertem Reiz (S^d), offenen Nachbildungsreaktion (R) und Verstärkungsreiz (S^r) als notwendige und hinreichende Bedingungen aus. Der Einwand, daß nicht erklärt werden kann, wie es zu neuen Nachbildungsreaktionen kommen kann, trifft auch diese Ansätze.

Immerhin wirkte sich das von BAER & SHERMAN entwickelte Konzept der generalisierten Imitationstendenz in der praktischen Anwendung innerhalb der Klinischen Psychologie sehr positiv aus. Mit den davon abgeleiteten therapeutischen Techniken wurden bei retardierten, mongoloiden und autistischen Kindern ausgezeichnete Erfolge erzielt (ROSENTHAL & ZIMMERMANN 1978; VOGL 1974).

Den neuesten streng lerntheoretisch ausgerichteten Ansatz, der ausdrücklich auf kognitive und affektive Konstrukte völlig verzichtet, vertreten GEWIRTZ & STINGLE (1968; 1969; 1971). Imitative Verhaltensweisen sind für sie instrumentelle Reaktionen, die durch Zufall ('trial and error') oder Trainingsunterstützung ('fading' oder 'shaping') auftreten, durch direkte Verstärkung gelernt werden und durch intermittierende Verstärkung aufrechterhalten werden. Durch diesen Lernprozeß kommt es zur Bildung von funktionalen Reaktionsklassen:

" After several imitative responses become established in this manner, a class of diverse but functionally equivalent behaviors is acquired and is maintained by extrinsic reinforcement on an intermittent schedule." (GEWIRTZ & STINGLE 1968, S. 379).

Ihr Konzept der generalisierten Imitation geht davon aus, daß auch nicht explizit extern verstärkte Reaktionen aufgrund von mangelnder funktionaler Unterscheidbarkeit zu konditionierten Reaktionen, trotz inhaltlicher Diffe-

renzen nachgeahmt werden.

GEWIRTZ & STINGLE glauben mit diesem Konzept, das von BANDURA als "Lernen lernen" bezeichnet wird (BANDURA 1976a, S. 19), und das großen Wert auf die Verstärkungsgeschichte eines Individuums legt, Phänomene wie die Geschwindigkeit bestimmter Modellernprozesse, oder das Auftreten der Nachahmung ohne Verstärkung und in Abwesenheit des Modells, erklären zu können.

Dies wird jedoch von ARONFREED (1969), ZUMKLEY-MÜNKELE (1976) und BANDURA (1976 a) skeptisch beurteilt.

VOGL (1974) hebt zwar die gute Operationalisierbarkeit und experimentelle Umsetzbarkeit hervor, sieht aber in den bisherigen empirischen Ergebnissen keine Verifikation des Konzeptes der generalisierten Imitation.

Darüber hinaus verhindert die Nichtbeachtung kognitiver und affektiver Variablen - der Hauptgrund für die gute Operationalisierbarkeit - eine adäquate Beschreibung und Erklärung komplexer Lernvorgänge.

Der Rückzug auf die Lerngeschichte eines Individuums als Erklärung von neuem, durch konkrete Verstärkungsbedingungen nicht erklärbarem Verhalten, stellt aber auch die gute Operationalisierbarkeit in Frage, da die gesamte Verstärkungsgeschichte eines Individuums auch nicht annähernd erfassbar ist.

2.2.2.2. Affektive Theorien

Die Hauptvertreter affektiver Feedbacktheorien sind MOWRER und ARONFREED. Gemeinsame Grundlage ihrer theoretischen Ansätze ist die Annahme

"... that an important motive for imitation is to regain affective or emotional states that were present during the original exposure to the model." (YANDO, ZIGLER & SEITZ 1978, S. 38).

MOWRER (1950) geht dabei mit seiner Zwei-Faktoren Theorie grundsätzlich vom MILLER & DOLLARDSchen Ansatz aus und

nimmt Kontiguität und Verstärkung als wesentliche Lernbedingungen an. Der Unterschied liegt darin, daß nicht offene Reaktionen, sondern positive und negative Emotionen konditioniert werden.

Er unterscheidet grundsätzlich zwei Formen des Imitationslernens, je nachdem ob der Beobachter direkt oder stellvertretend verstärkt wird.

Bei der direkten Verstärkung zeigt das Modell bestimmte Verhaltensweisen und belohnt gleichzeitig den Beobachter. Das Modellverhalten erhält durch mehrmalige Belohnungserfahrung einen sekundären Verstärkungswert. Diese Valenz führt dazu, daß der Beobachter möglichst adäquate Nachahmungen des Modellverhaltens ebenfalls als positiv erlebt und bei imitativen Reaktionen Selbstverstärkungen erzielt.

Bei der stellvertretenden Verstärkung, der Grundlage des emphatischen Lernens, erlebt das Modell die Konsequenzen seiner Reaktionen als Befriedigung oder Enttäuschung und zeigt dies auch entsprechend. Der Beobachter erfährt die Gefühlserscheinungen intuitiv und wird die Modellreaktion aufgrund dieser "einfühlenden Konditionierung" (BANDURA 1976 a, S. 20) bei erwarteten positiven Konsequenzen selbst nachahmen.

BANDURA kritisiert an MOWRER vor allem die zentrale Position affektiver Variablen. Seiner Ansicht nach wäre das menschliche Verhalten unflexibel, wenn Reaktionen primär durch Emotionen gesteuert würden (BANDURA 1977 d). Die Konditionierung von Affekten habe wohl eher nur unterstützende Funktion.

Als Beweise für seine Kritik führt BANDURA eigene Untersuchungen an (BANDURA, GRUSEC & MENLOVE 1967 a; 1967 b; BANDURA 1971), und vor allem das Experiment von FOSS (1964), der nachwies, daß primäre oder sekundäre Verstärkung als Grundlage für affektive Konditionierung bei Imitationsleistungen nicht notwendig ist.

YANDO, ZIGLER & SEITZ (1978) weisen als Erklärung für die sich widersprechenden empirischen Ergebnisse auf verschiedene methodische Zugriffe hin:

" Social learning theorists have relied almost exclusively upon laboratory investigations. Such investigations are perhaps more likely to lead to findings that logical, information-processing abilities are more important than emotional factors, while naturalistic studies might be more likely to find instances of affectively controlled imitation." (YANDO, SEITZ & ZIGLER 1978, S. 42).

ARONFREED (1969) geht in der Differenzierung der zwischen Modellverhalten und Beobachterverhalten postulierten Variablen noch einen Schritt weiter als MOWRER. Er nimmt an, daß der Beobachtende kognitive Schablonen ('cognitive templates') von dem beobachteten Modellverhalten anlegt. Diese kognitiven Schablonen werden direkt mit den Veränderungen der Affektivität gekoppelt, die in enger Verbindung mit dem beobachteten Verhalten stehen. Haben diese Affektivitätsveränderungen potentiellen Verstärkungswert für den Beobachter, so wird das Modellverhalten reproduziert.

Dieser Verstärkungswert, als Motiv der Nachahmungsreaktion, muß intrinsischen Belohnungscharakter haben, um echtes Imitationsverhalten zu induzieren. Das zweite von ARONFREED angenommene Kriterium für echtes Imitationslernen ist eine hohe strukturelle und topographische Verhaltensähnlichkeit, die durch die abstrakt-symbolische Speicherung des Modellverhaltens in kognitiven Schablonen ermöglicht wird.

Da affektive Besetzungen beim Aufbau dieser Schablonen eine Rolle spielen, wirken sie sich vermittelt auf die Präzision der Imitationsreaktion aus:

" It seems reasonable to infer that varying degrees of fidelity in the reproduction are a function of a gradient of affective value along the representational dimensions of the template, and that control of the magnitude of the value by fidelity of the match accounts for the topographic precision of this type of observational learning." (ARONFREED 1969, S. 272).

Andere Arten des Nachahmungslernens wie soziale Erleichterung ('socialfacilitation'), Modellverhalten als sozialer Hinweisreiz ('choice matching') und Modellverhalten als Informationsvermittlung ('observational control') grenzt er vom echten Imitationslernen stark ab, da die topographischen und funktionalen Entsprechungen zu grob seien.

BANDURA bemängelt am ARONFREEDSchen Ansatz vor allem die schlechte Operationalisierbarkeit der kognitiven Schablonen:

" Dieser Nachahmungsbegriff ist schlecht zu verifizieren, weil in ihm nicht genau genug ausgeführt wurde, wie die Schablonen beschaffen sind, durch welchen Prozeß kognitive Schablonen erworben werden, in welcher Weise affektive Valenzen mit Schablonen verknüpft werden und wie das Vermögen der Schablonen, Emotionen zu wecken, in Intentionen und in offenen Reaktionen innewohnende Hinweisreize übergeführt werden." (BANDURA 1976 a, S. 21).

Außerdem führt er eine Reihe von experimentellen Ergebnissen an, die die Notwendigkeit des sensorischen peripheren Feedbacks über propriozeptive Hinweisreize als eine Bedingung imitativer Reaktionen in Frage stellen. BANDURA geht davon aus, daß das Konzept des sensorischen Feedbacks, wie es von ARONFREED zum Aufbau kognitiver Schablonen und affektiver Valenzen angenommen wird, durchaus eine Funktion hat, aber nicht unabdingbare Voraussetzung für jede Art von Nachahmungslernen ist:

" Diese Ergebnisse (empirische Befunde von GEER & TURTLETAUB 1967, Anm. d. Verf.) scheinen den Schluß zuzulassen, daß Erwerb, Integration, Bahnung und Hemmung von Reaktionen durch zentrale Mechanismen erworben werden können, die unabhängig vom peripheren sensorischen Feedback funktionieren." (BANDURA 1976 a, S. 22).

Zusammenfassend könnte man die Berücksichtigung vermittelnder Prozesse zwischen Reiz und Reaktion bei den affektiven Feedbacktheorien als sehr positiv bewerten,

die Reduktion auf affektive Aspekte jedoch als sehr hinderlich bei der Betrachtung und Erklärung komplexerer Verhaltensabläufe betrachten.

2.2.2.3. Kognitive Entwicklungstheorien

Die kognitiven Theoretiker legen unter weitgehender Nichtbeachtung von Umweltreizen die Hauptbetonung auf die kognitiven und genetisch entwicklungsmäßigen Aspekte des Lernens. Die Hauptvertreter dieser Richtung sind PIAGET und KUHN.

PIAGET (1969) sieht die Hauptbedeutung des Imitationslernens in der kindlichen Entwicklung bis zum 18. Monat. Die Entwicklung des Kindes vollzieht sich nach seiner Ansicht in diesem sensomotorischen Stadium in sechs Stufen ('stages'), denen jeweils eine spezifische Form der Imitation entspricht. Allgemein sieht PIAGET die Imitation als eine kognitive Teilfunktion der Intelligenzentwicklung des Individuums an. Die Intelligenz entwickelt sich nach PIAGET in Abhängigkeit von gereiften kognitiven Strukturen durch ständige Auseinandersetzung mit Umweltanforderungen. Ergeben sich Diskrepanzen zwischen Umwelt und kognitiver Struktur, reagiert das Individuum mit Akkommodation (Änderung der kognitiven Struktur) bzw. Assimilation (Änderung der Außenreize), wobei dies die beiden Pole kognitiven Funktionierens sind.

PIAGET beschreibt die Beziehung zwischen Akkommodation und Assimilation und das Entstehen der Imitation folgendermaßen:

" A stable equilibrium between assimilation and accommodation results in properly adaptation. But ... if there is primacy of accommodation over assimilation, the activity tends to become imitation. Imitation is thus seen to be merely a continuation of the effort at accommodation, closely connected with the act of intelligence, of which it is one differentiated aspect, a temporarily detached part." (PIAGET 1962, zit.n.)

YANDO, SEITZ & ZIGLER 1978, S. 26).

Die Kritik an PIAGETs Ansatz bezieht sich auf folgende Punkte:

1. Da er von der Ablösung der Imitation durch den Prozeß der Rollenübernahme bei Erwachsenen ausgeht, lassen sich nur Aussagen über Lernprozesse bei Kindern treffen (YANDO, SEITZ & ZIGLER 1978).

2. Externe Verstärkungsbedingungen werden in seiner Theorie nicht berücksichtigt. Daher kann PIAGET nach BANDURAs Ansicht nicht erklären, warum es zu Imitationsreaktionen kommt:

"Piaget schließt in seine Erklärung der Nachahmung nur einige beiläufige Bemerkungen über die motivierenden Faktoren ein, die die Ausführung von Nachbildungsverhalten regulieren. Abwechselnd wird die Nachahmung auf eine zwingende Notwendigkeit zum Handeln und Erkennen zurückgeführt, auf den Wunsch Handlungen zu reproduzieren, die sich teilweise von vorhandenen Schemata unterscheiden und auf die Wertschätzung, die das Modell beim Beobachter genießt. Die meisten Forscher, ..., dürften diese Faktoren für viel zu allgemein ansehen, um die höchst differenzierte Beschaffenheit der Nachahmungsreaktionen befriedigend zu erklären." (BANDURA 1976 a, S. 35).

3. Sein Postulat der abhängigen der imitativen Reaktionen von der jeweilig zugehörigen entwicklungsmäßig gereiften Stufe steht im Gegensatz zu einer Reihe von empirischen Befunden, aus denen hervorgeht, daß Kinder über das Modellernen kognitive Konzepte und Operationen anderer kognitiver Stufen erlernen können (BANDURA & McDONALD 1963; SIEGLER & LIEBERT 1972). Einige Forscher versuchten diese Ergebnisse, die sich hauptsächlich auf das Gebiet der Sprache und des moralischen Urteils bezogen, mit dem Hinweis zu entkräften, daß die Kriterien der kognitiven Reifestadien und die Indikatoren für die entsprechenden Leistungen falsch operationalisiert gewesen seien (VIKAN 1976;

COWAN, LANGER, HEAVENRICH & NATHANSON 1969). Eine Replikation der PIAGETschen Ergebnisse gelang ihnen jedoch auch nicht, so daß sie zu einer modifizierten Neuinterpretation kamen.

Auch KUHN (1972; 1973), deren Theorie auf PIAGET zurückgeht, löst sich völlig von lerntheoretischen Prinzipien, da soziale Verstärkung ihrer Ansicht nach lediglich Feedback über die Richtigkeit einer imitativen Reaktion liefert, aber keinerlei motivierende Funktion habe.

Auch bei KUHN wird die Imitation als kognitiver Prozeß, der sich in Abhängigkeit vom Wandel kognitiver Strukturen verändert und verschiedene Entwicklungsstadien durchläuft, gesehen. Die Motivation zur Reproduktion des Modellverhaltens ergibt sich aus der Kompetenzmotivation des Beobachters.

Nach ihrer These der optimalen Nichtübereinstimmung ('optimal mismatch hypothesis') ist diese Kompetenzmotivation besonders hoch, wenn die Diskrepanz zwischen den Verhaltensstrukturen des Modells und des Beobachters mittelhoch ist, der Modellinhalt relevant ist, und durch Imitation eine Verbesserung der Übereinstimmung erreicht werden könnte.

In ihrem an PIAGET angelehnten Stufenmodell sollte von daher das angebotene Modell-Reizmaterial der Stufe gerade über der Stufe des Beobachters sein:

" This reasoning leads to the hypothesis that the best model to present to induce structural change is a model that reflects the stage just above the child's own stage. If this next higher stage is the one toward which he is naturally progressing and will next attain, exposure to a model at this stage ought to be the most likely one for which he could perceive the discrepancy between the modeled structure and his own structure, and hence the most likely one to lead to disequilibrium and change." (KUHN 1972, S. 834).

Diese Überbetonung der subjektiven kognitiven Aktivitäten des Individuums, die den Eindruck erweckt, KUHN gehe

davon aus, daß das Individuum in seiner Entwicklung unabhängig von Umweltbedingungen sei, wird stark kritisiert (BANDURA 1976 a).

Nach Ansicht von GÖTZE, GROSS, RUDZKI & SCHIERENBERG (1975) müsste die Wechselbeziehung zwischen innerpsychischen Prozessen und Umweltvariablen stärker betont werden und außerdem der Aussagebereich der Theorie von kindlichen Entwicklungsprozessen auf Lernprozesse bei Erwachsenen erweitert werden.

2.2.2.4. Kompetenztheorien

Diese Theorien, die eigentlich von der Substanz her auch unter die soeben diskutierten kognitiven Entwicklungstheorien subsumiert werden könnten, stellen noch stärker ein Kompetenzmotiv des Individuums als Auslöser von Imitation in den Vordergrund.

KOHLBERG (1969) postuliert

"... a primary motivation for competence and self-actualisation, which is organized through an ego or self whose structure is social or shared." (KOHLBERG 1969, S. 418).

Im Gegensatz zu den Vertretern der affektiven Feedbacktheorien verneint Kohlberg die Notwendigkeit irgendeiner emotionalen Beziehung zwischen dem Modell und dem Beobachter und sieht das Modell nur als Informationsvermittler dessen, was kompetentes Handeln in bestimmten Situationen ist.

KOHLBERG geht ebenso wie PIAGET von verschiedenen Entwicklungsstufen aus und sieht Bedingungen wie Interessantheit, Komplexität oder Neuigkeit als imitationsmotivierend an. Diese Dimensionen ergeben sich seiner Ansicht nach nicht als reine Modellcharakteristika oder Materialeigenschaften, sondern, ebenso wie bei KUHN, aus der Beziehung zwischen kognitiver Struktur des Beobachters und angebotenen Modellstimuli.

Er sieht die Imitationsbereitschaft zwischen dem 3. - 5. Lebensjahr ansteigen und dann bis zum 8. Lebensjahr wieder nachlassen, wobei das geistige Alter ('mental age') ausschlaggebender als das Lebensalter ('chronological age') ist.

YANDO, SEITZ & ZIGLER (1978) schlagen eine Zwei-Faktoren Theorie vor.

Der erste der beiden zwischen Modellverhalten und imitativer Reaktion liegenden Faktoren wird als kognitiver Entwicklungsstand bezeichnet ('cognitive developmental level') und besteht aus kognitiven und motorischen Fähigkeiten.

Der zweite Faktor besteht aus dem motivationalen System, in dem intrinsische und extrinsische Motive enthalten sind. Ausschlaggebend ist das zu den intrinsischen Motiven zählende Kompetenzmotiv.

Auch YANDO, SEITZ & ZIGLER sehen die Imitation ganz bewußt als ein Problem der kindlichen Entwicklung und erheben mit ihrer Theorie keinen Anspruch auf Erklärung von Erwachsenenlernprozessen.

2.2.2.5. Theorie des sozialen Lernens nach BANDURA

BANDURA verbindet in seiner Theorie des sozialen Lernens (BANDURA & WALTERS 1959; 1963; BANDURA 1969; 1976 a; 1977 d) Elemente der Verhaltensebene und der kognitiv-affektiven Ebene und schafft damit einen theoretischen Rahmen, der kognitive, lerntheoretische, affektive und sogar informationstheoretische Ansätze verbindet.

Indem er davon ausgeht, daß sich offenes Verhalten, exter-nale Umweltreize und innerpsychische Variablen gegenseitig reziprok determinieren (BANDURA 1978), vermeidet er die Übergewichtung eines einzelnen Aspektes und liefert damit zur Zeit die umfassendste und differenzierteste Theorie zur Erklärung sozialen Lernens (ROSENTHAL & ZIMMERMANN 1978).

Eine wichtige Annahme BANDURAs Theorie ist die Trennung

von Verhaltenserwerb ('acquisition') und Verhaltensausführung ('performance'). Die Aufnahme neuer Verhaltensmuster oder die Modifikation alter Verhaltensweisen muß nicht unbedingt in offenes Verhalten umgesetzt werden, da Verhaltenserwerb und Verhaltensausführung von unterschiedlichen Variablen determiniert werden.

Der Verhaltenserwerb vollzieht sich auf der Basis zeitlicher Kontiguität als Kodierung der beobachteten Stimuli in symbolischen Repräsentationen (BANDURA 1969). BANDURA postuliert für diesen Prozeß der Aneignung begrifflicher Vermittler ('representational mediators') zwei unterschiedliche Begriffssysteme: ein bildliches und ein verbales.

Das bildliche System wird von VOGL (1974) folgendermaßen beschrieben:

" Die bildliche Vorstellung kommt durch sensorische Konditionierung zustande, d.h. während der Beobachtung lösen die Modellstimuli perzeptionelle Reaktionen aus, die nach und nach auf der Basis zeitlicher Kontiguität assoziiert und zentral integriert werden. Werden perzeptionelle Sequenzen wiederholt ausgelöst, so erwirkt ein Teilstimulus die Fähigkeit, Bilder der assoziierten Stimulusereignisse hervorzurufen, auch wenn diese nicht wirklich vorhanden sind. So erzeugen im Laufe der Beobachtung vorübergehende perzeptionelle Phänomene relativ dauerhafte wiederherstellbare Bilder von Modellverhaltenssequenzen, die später Leitbilder für die Wiedergabe der parallelen Reaktion sind." (VOGL 1974, S. 94).

Als effektiver sieht BANDURA aber das zweite Repräsentationssystem, das auf der verbalen Kodierung beruht, an. Die Vorteile liegen vor allem in der Geschwindigkeit, mit der Modellverhalten kodiert werden kann, und der größeren Beständigkeit der modellierten und kodierten Stimuli über einen längeren Zeitraum hinweg.

Daher geht er auch von folgendem aus:

"Die meisten der kognitiven Prozesse, die das Verhalten

regulieren, sind primär sprachlicher und nicht visueller Natur." (BANDURA 1976 a, S. 25).

Die Verhaltensausführung wird primär von den kognitiv antizipierten Konsequenzen der geplanten Handlung bestimmt. Wirksam werden dabei die direkte und die stellvertretende Verstärkung. Während die Auswirkung der direkten Verstärkung durch operante Lernmechanismen zu erklären ist, schreibt BANDURA der stellvertretenden Verstärkung sechs unterschiedliche Funktionen zu:

1. eine informative Funktion,
 2. eine fördernde Funktion auf das Umweltdiskriminationslernen,
 3. einen motivierenden Effekt,
 4. eine Konditionierung und Löschung emotionaler Erregung,
 5. eine Beeinflussung des Modellstatus,
 6. eine Änderung der Bewertung des Verstärkungsagenten.
- (BANDURA 1976 a),

Im weiteren unterscheidet BANDURA vier miteinander in Beziehung stehende Subsysteme, die als Mediatoren zwischen Modellverhalten und imitierendem Verhalten die Modellierungsphänomene steuern.

1. Aufmerksamkeitsprozesse

Der Aufmerksamkeit wird eine zentrale Position eingeräumt:

" Simply exposing persons to distinctive sequences of modeled stimuli does not itself guarantee that they will attend closely to the cues, that they will necessarily select from the total stimulus the most relevant events, or that they will even perceive accurately the cues to which attention has been directed. An observer will fail to acquire matching behavior at the sensory registration level, if he does not attend to, recognize or differentiate the distinctive features of the model's responses. To pro-

duce learning, therefore, stimulus contiguity must be accompanied by discriminative observation." (BANDURA 1969, S. 136).

Zu den aufmerksamkeitsbeeinflussenden Variablen zählt BANDURA:

Modelleigenschaften wie Kompetenz, Alter, Status, Geschlecht usw.; Aufgabeneigenschaften wie Neuigkeit, Komplexität, Darbietungsart usw.; Beobachtereigenschaften wie Motivation, Lerngeschichte, Selbsteinschätzung usw. (BANDURA 1969).

2. Gedächtnisprozesse

Eine weitere wichtige Funktion ist das Behalten der beobachteten modellierten Ereignisse. Erst das Behalten ermöglicht die Ausführung früher angeeigneter Verhaltensweisen. Wie oben näher beschrieben, stehen für die Behaltensprozesse zwei Repräsentationssysteme zur Verfügung, das visuelle und das verbale.

Die Behaltensprozesse werden positiv beeinflusst von Verstärkungsprozessen, die sich motivierend auswirken, und von verdeckten oder offenen Wiederholungsübungen ('covert/overt rehearsal'), die stabilisierend wirken.

3. Motorische Reproduktionsprozesse

Bei den motorischen Reproduktionsprozessen

" ... steuern symbolische Repräsentationen der modellierten Verhaltensweisen deren offene Ausführung." (BANDURA 1976 a, S. 29).

Voraussetzung dafür sind das Vorhandensein der notwendigen Reaktionskomponenten und die Möglichkeit zur Selbstbeobachtung, um die Übereinstimmung von motorischer Verhaltensausführung und symbolischem Reaktionsschema zu bestimmen.

4. Verstärkungs- und Motivationsprozesse

Verstärkungs- und Motivationsprozesse wirken sich sowohl auf den Erwerb als auch auf die Ausführung des Verhaltens aus.

Beim Erwerb, der weniger von diesen Prozessen abhängt, sind vor allem selektive Aufmerksamkeit und selektives Behalten die Folge der Motivationsprozesse.

Für die Verhaltensausführung können diese Prozesse ausschlaggebend werden:

" ... performance of imitative behavior is for the most part controlled by anticipated consequences of prospected actions. These anticipated consequences are established through differentiated reinforcement that is either directly experienced, inferred from observed response consequences of others, or conveyed through verbal explanations." (BANDURA & BARAB 1971, S. 245).

BANDURA faßt die vier von ihm postulierten Subprozesse in einem Schaubild zusammen (s. nächste Seite).

Lerneffekte

Als Ergebnis des Modellernvorgangs unterscheidet BANDURA auf theoretischer Ebene drei unterschiedliche Lerneffekte, die in der Praxis kaum zu differenzieren sind:

1. Der Lerneffekt durch Beobachtung

Dieser Effekt bezeichnet vor allem die Aufnahme neuer Reaktionen in das Verhaltensrepertoire oder das Lernen einer neuen Kombination alter, schon im Verhaltensrepertoire vorhandener Verhaltenskomponenten. Dabei wird nicht nur konkretes Verhalten imitiert, sondern auch allgemeinere, abstrakte Verhaltensorientierungen.

2. Der Hemmungs- oder Enthemmungseffekt

Durch Strafe oder Belohnung als Verhaltenskonsequenzen werden beim Beobachter vorhandene Reaktionsbe-

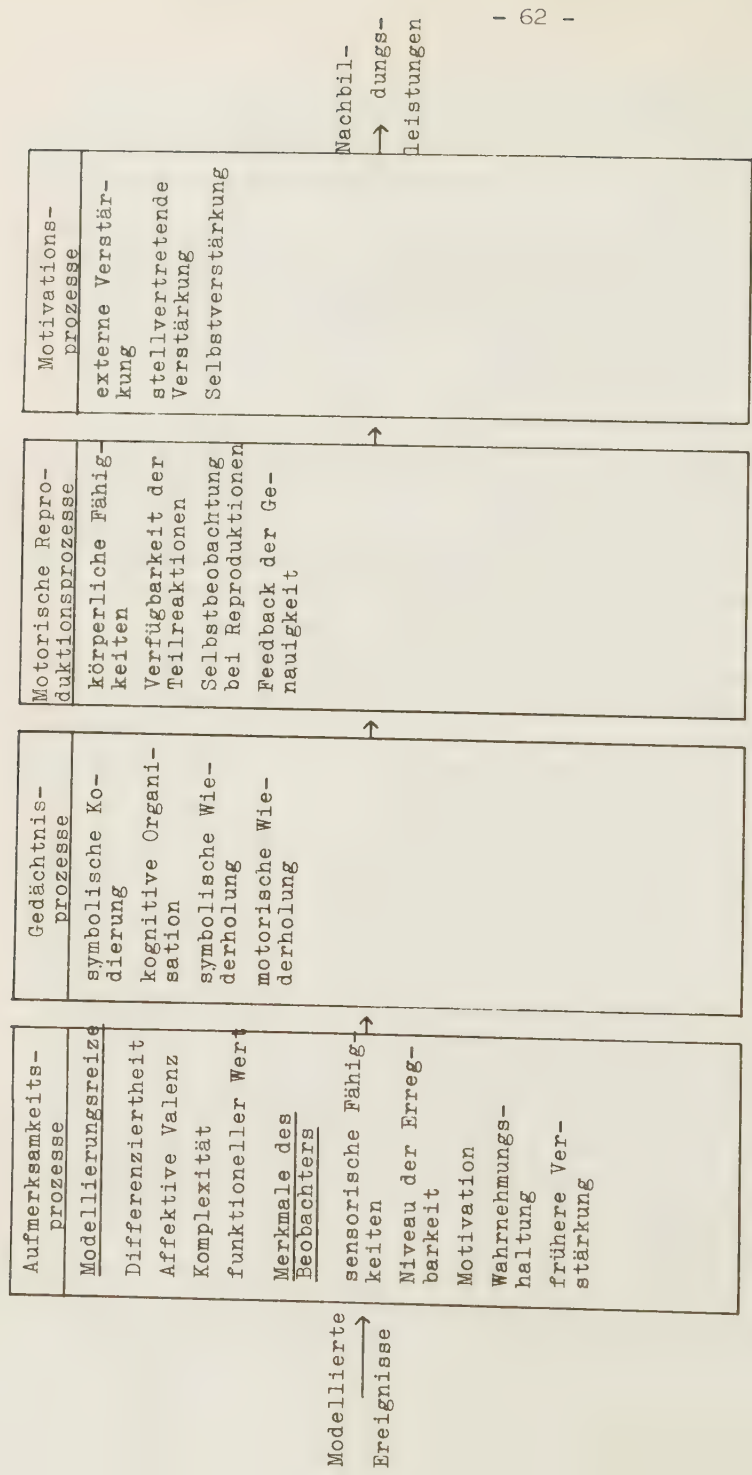


Abb. 1: Übersicht über die von BANDURA angenommenen Subprozesse des Modelllernens (aus BANDURA 1976 a, S. 31)

reitschaften entweder gehemmt (bei negativen Konsequenzen) oder enthemmt (bei positiven Konsequenzen).

3. Der Auslösungs- oder Bahnungseffekt

BANDURA unterscheidet diesen Lerneffekt von den beiden vorgenannten:

" Diese Auslöseeffekte werden einerseits vom Beobachtungslernen unterschieden, weil keine neuen Reaktionen erworben werden, und andererseits von den Enthemmungsprozessen, weil das fragliche Verhalten gesellschaftlich sanktioniert wird und deshalb keinen Einschränkungen unterliegt." (BANDURA 1976 a, S. 14).

In der vorliegenden Untersuchung kann man davon ausgehen, daß alle drei Lerneffekte je nach Verhaltensrepertoire und Reaktionsbereitschaft der jeweiligen Vp zum Tragen kommen.

2.2.3. BANDURAs 'kognitive Wende'

In ihren neuen Arbeiten beschäftigen sich BANDURA und Mitarbeiter fast ausschließlich mit den kognitiven Variablen des Modellernens (BANDURA 1974; BANDURA 1978; BANDURA & ADAMS 1977; BANDURA, ADAMS & BEYER 1977; BANDURA, MAHONEY & DIRKS 1976; BANDURA & SIMON 1977). Dies führte einige Autoren dazu, von einer 'kognitiven Wende' bei BANDURA zu sprechen (s. Vorwort zu BANDURA 1976 a).

Betrachtet man jedoch seine früheren Arbeiten (BANDURA 1962; BANDURA 1965 a, b, c; BANDURA, GRUSEC & MENLOVE 1967 a, b), so wird klar, daß diese 'kognitive Wende' lediglich in einer Verlagerung des Schwergewichts seiner empirischen Arbeit besteht.

Die wesentlichen Bestimmungstücke seines Ansatzes, nämlich die Trennung von Erwerb und Ausführung des Verhaltens, die Einbeziehung sozialer Variablen und die Annahme kognitiver mediatorischer Prozesse, waren auch

schon in den ersten Arbeiten dargestellt.

Sein empirisches Interesse galt am Anfang seiner Arbeit vor allem den externen Bedingungsvariablen des Modelllernens. So untersuchte er die Auswirkung von Verstärkung (BANDURA, ROSS & ROSS 1961; 1963 a, b; BANDURA, GRUSEC & MENLOVE 1967 a), von Modellmerkmalen (BANDURA & KUPERS 1964), des Einsatzes mehrerer Modelle (BANDURA & MENLOVE 1968) und des Mediums, über das ein Modell dargeboten wird (BANDURA & MISCHEL 1965).

Sein Forschungsinteresse verlagerte sich dann mehr und mehr auf die vermittelnden intraorganismischen Variablen (BANDURA 1971; BANDURA & BARAB 1971). Sein von Beginn an sehr weit gesteckter theoretischer Rahmen erlaubte die induktive Aufnahme neuer Ergebnisse und die schrittweise Ausdifferenzierung vor allem der kognitiven Variablen.

Probleme, die zur Zeit im Vordergrund seiner Arbeit stehen, sind das Self-Efficacy Konstrukt (BANDURA 1977 c; BANDURA & ADAMS 1977; BANDURA, ADAMS & BEYER 1977) und Selbstverstärkungsprozesse (BANDURA 1976 b; BANDURA, MAHONEY & DIRKS 1976).

Das Self-Efficacy Konstrukt, das von einigen Forschern als wichtiger heuristischer Anstoß betrachtet wird (FRANKS & WILSON 1978), führte BANDURA im Zusammenhang mit Verhaltensänderungen ein, die bei Ängsten, Phobien oder Vermeidungsverhalten durch therapeutische Techniken induziert werden.

Nach seiner Ansicht ist die Diskrepanz zwischen theoretischen Erklärungsmodellen und praktischem Therapieverlauf auffällig:

" On the one hand, the mechanism by which human behavior is acquired and regulated are increasingly formulated in terms of cognitive processes. On the other hand, it is performance-based procedures that are proving to be most powerful for effecting psychological changes." (BANDURA 1977 c, S. 191).

Um die unterschiedlichen Erfolge der verschiedenen therapeutischen Techniken erklären zu können und zu einer

sichereren Prognose von Verhalten zu kommen (und damit zu einem gezielteren Einsatz von Therapien), nimmt BANDURA die Existenz eines allgemeinen kognitiven Mechanismus an, nämlich die Erfolgs- oder Leistungsfähigkeitserwartung ('self-efficacy').

Psychologische verhaltensmodifikatorische Techniken wirken nicht peripher auf das Verhalten, sondern vermittelt über die Beeinflussung und Veränderung dieser persönlichen Fähigkeitserwartung.

Diese persönliche Erfolgserwartung, die darauf beruht, ob man sich bestimmte Verhaltensweisen zutraut, und die man auch als selbsteingeschätzte Handlungskompetenz umschreiben könnte, grenzt BANDURA von den Erwartungen über die Konsequenzen des Verhaltens ab:

" Within this analysis, efficacy expectations are distinguished from response-outcome expectancies. An outcome expectancy is defined as a person's estimate that given behavior will lead to certain outcomes. An efficacy expectation is the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce the outcomes." (BANDURA 1977 c, S. 193).

Er stellt diese Beziehung in einer Graphik dar:

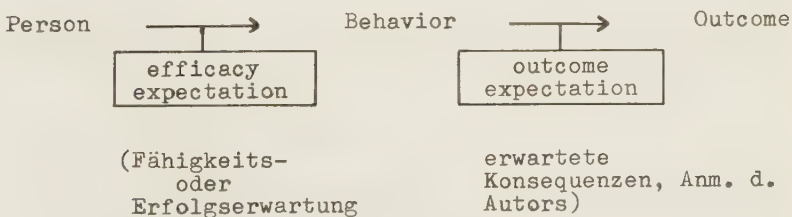


Abb. 2: Graphische Darstellung des Unterschiedes von 'Fähigkeitserwartung' und 'erwarteten Konsequenzen' nach BANDURA (1977 c, S. 193).

Diese Trennung von Fähigkeitserwartung und erwarteten Konsequenzen für ein bestimmtes Verhalten kann erklären,

warum nicht immer antizipierte positive Konsequenzen bestimmte intendierte Verhaltensänderungen induzieren. Fühlt sich jemand zu einer bestimmten Handlung nicht fähig, und dies ist z.B. bei Ängsten der Fall, nützt auch eine in Aussicht gestellte Belohnung nichts.

Auf diese Weise wird das tatsächliche Verhalten weniger von den realen externen Verstärkungsbedingungen bzw. deren kognitiver Antizipation bestimmt, als vielmehr von der Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. BANDURA nimmt drei Dimensionen an, die die Ausprägung und Beschaffenheit der Leistungsfähigkeitserwartung bestimmen.

Es können sich in der Höhe ('magnitude'), der Generalität ('generality') und der Stärke ('strength') Variationen ergeben.

Über eine Beeinflussung dieser Dimensionen läßt sich eine Änderung der Leistungsfähigkeitserwartung und damit des tatsächlichen Verhaltens erreichen. Auf der anderen Seite lassen sich nur bei Kenntnis dieser Variablen Verhaltensvorhersagen treffen, die sich dann allerdings als sehr genaue Prediktoren der tatsächlichen Verhaltensmuster erweisen (BANDURA & ADAMS 1977; BANDURA, ADAMS & BEYER 1977).

Die Leistungsfähigkeitserwartung ergibt sich nach Informationen aus vier verschiedenen Quellen, denen jeweils verschiedene therapeutische Zugänge entsprechen:

"	SOURCE	MODE OF INDUCTIONS
	PERFORMANCE ACCOMPLISHMENTS	PARTICIPANT MODELING PERFORMANCE DESENSITIZATION PERFORMANCE EXPOSURE SELF-INSTRUCTED PERFORMANCE
	VICARIOUS EXPERIENCE	LIVE MODELING SYMBOLIC MODELING
	VERBAL PERSUASION	SUGGESTION EXHORTATION SELF-INSTRUCTION INTERPRETATIVE TREATMENTS

EMOTIONAL
AROUSAL

ATtribution
RELAXATION, BIOFEEDBACK
SYMBOLIC DESENSITIZATION
SYMBOLIC EXPOSURE "

(BANDURA 1977 c, S. 195)

Die wichtigste Informationsquelle ist dabei die direkte Verhaltenserfahrung, die ein Individuum macht. Aufgrund einer Mikroanalyse der Leistungsfähigkeitserwartung, der angewandten therapeutischen Technik und des tatsächlich erfolgten Verhaltens kommt BANDURA zu dem Ergebnis:

" ... experiences based on performance accomplishments produced higher, more generalised, and stronger efficacy expectations, than did vicarious experience ..."

(BANDURA 1977 c, S. 205).

Zum gleichen Ergebnis kommen BANDURA, JEFFERY & GAJDOS (1975).

Dieserklärt die Überlegenheit von verhaltensmodifikatorischen Ansätzen, die direkt auf der Verhaltensebene Verhaltensfertigkeiten einüben.

Ein zweiter Schwerpunkt BANDURAs gegenwärtiger empirischer Beschäftigung mit kognitiven Prozessen liegt bei den Untersuchungen von Selbstverstärkungsprozessen (BANDURA 1974; BANDURA & MAHONEY 1974; BANDURA, MAHONEY & DIRKS 1976).

BANDURA räumt der Selbstverstärkung innerhalb selbstregulatorischer Prozesse in den Artikeln, in denen er sich mit CATANIA (1975) und PREMACK & ANGLIN (1973) auseinandersetzt, eine wichtige Rolle ein:

" From the perspective of social learning theory, people are seen as capable of exercising some control over their own behavior. Among the various self-regulatory phenomena that have been investigated within this framework, self-reinforcement occupies a prominent position. In this process, individuals regulate their behavior by making self-reward conditioned upon matching self-prescribed standards of behavior." (BANDURA 1976 b, S. 135).

Unter methodisch-empirischem Aspekt unterscheidet er streng zwischen dem Prozeß des Erwerbs von Selbstverstärkungsmechanismen, wobei die Komponenten des Selbstverstärkungsprozesses die abhängigen Variablen sind, und dem Einfluß der Selbstverstärkung auf Verhaltensauf- bzw. -abbau, wobei hier die Selbstverstärkung die unabhängige Variable ist (BANDURA 1974).

Den Selbstverstärkungsprozeß selbst, dem er hauptsächlich motivationale Funktion zumißt, gliedert er in drei Bereiche:

Das Verhalten selbst, den Beurteilungsprozeß und die selbst gesetzten Konsequenzen.

Das Verhalten wird je nachdem, ob z.B. soziale Aspekte, Geschlichkeitsaspekte oder Leistungsaspekte im Vordergrund stehen, in Dimensionen wie Häufigkeit, Schnelligkeit, Exaktheit, Abweichung usw. eingeschätzt.

Bei den Beurteilungsprozessen stehen neben persönlichen Standards, Vergleichsnormen sozialer Art und der Bewertung der Wichtigkeit der Tätigkeit die interne oder externe Attribuierung der Tätigkeit im Vordergrund.

Der Beurteilungsprozeß mündet schließlich in positive oder negative Einschätzung des eigenen Verhaltens und nachfolgender Selbstbelohnung oder Selbstbestrafung. Unter bestimmten Bedingungen (z.B. bei irrelevanten oder unvermeidbaren Tätigkeiten) erfolgt keine Reaktion (BANDURA 1977 d).

Die Selbstverstärkungsprozesse werden aber nach ihrer Ausbildung nicht als autonom funktionierend angenommen:

" Development of selfreinforcement functions does not create an unvarying control mechanism within the organism, as implied by theories of internalization that portray incorporated entities as continous internal overseers of conduct. Self-reinforcing influences operate only if activated, and there are many factors that selectively control their activation. Hence, the same behavior is not uniformly self-rewarded or

self-punished irrespective of the circumstances under which it is performed." (BANDURA 1976 b, S. 139).

Die wichtigsten Einflüsse, die Umweltbedingungen, stehen in reziproker Determinierung mit selbstregulatorischen Prozessen:

" A full explanation of self-regulatory processes must include the self-control determinants of self-control." (BANDURA 1977 d, S. 150).

BANDURA betont jedoch keine der Determinanten einseitig, so daß seine gegenwärtige empirische Untersuchung kognitiver Variablen nicht als Beweis einer 'kognitiven Wende' angesehen werden kann, da er nach wie vor die Wichtigkeit externer Bedingungen in den Vordergrund stellt.

2.2.4. Einschätzung und Kritik der Theorie des sozialen Lernens

Aufgabe der vorangegangenen Beschreibung der sozialen Lerntheorie und anderer konkurrierender Theorien war eine vergleichende Einordnung der Theorie BANDURAs und nicht die Schaffung einer Entscheidungsgrundlage für eine der Theorien.

Die a-priori Auswahl der sozialen Lerntheorie als Grundlage der vorliegenden Untersuchung gründete sich auf die Ausführungen und empirischen Erfahrungen anderer Autoren (ZUMKLEY-MÜNKEL 1976; VOGL 1974; KRAMAYER 1975).

GÜTZE, GROSS, RUDZKI & SCHIERENBERG (1975), die gleichfalls komplexe, sozial relevante Erwachsenenlernprozesse zum Gegenstand ihrer Untersuchung hatten, kommen zu dem Schluß:

" Die am weitesten ausdifferenzierte und der Komplexität des Gegenstandes am ehesten gerecht werdende Theorie ist u.E. die Theorie des sozialen Lernens von Bandura... Der Begriff des sozialen Lernens, der seiner Theorie

zugrunde liegt, ist umfassender als die übrigen Konzepte zur Imitation. Soziales Lernen beschränkt sich nicht auf die Beschreibung der genauen Reproduktion von Verhaltensweisen, sondern umfaßt auch funktional äquivalentes Verhalten. Ebenso bezieht sich Bandura nicht nur auf sehr einfache Verhaltensweisen, sondern umfaßt in seiner Theorie auch relativ komplexe Lernprozesse." (GÖTZE, GROSS, RUDZKI & SCHIERENBERG 1975, S. 40 f.).

VOGL (1974) betont die breite und genaue Ausarbeitung des theoretischen Ansatzes und die fundierte empirische Absicherung.

KRAMEYER (1975) entwickelt nach FOSS (1965) Minimalforderungen an eine Theorie des Imitationslernens. Sie stellt fest, daß BANDURA diese Kriterien der Generalität bzw. Reichweite einer Theorie, der Berücksichtigung mediatorischer Prozesse und des Bezugs zum Modell-Inhalt erfüllt. Alternative Ansätze tun dies ihrer Ansicht nach nicht:

" Vorhandene theoretische Alternativen erweisen sich demgegenüber entweder als zu mechanistisch, weil sie keine Einbeziehung mediatorischer Konzepte gestatten (Verstärkungstheorien), oder sie entsprechen dem Kriterium der Generalität nicht, weil sie ausschließlich für spezifische Altersgruppen (kognitive Entwicklungstheorien) oder spezifische Inhalte (affektive Feedback-Theorien) formuliert sind." (KRAMEYER 1975, S. 71).

An BANDURAs Ansatz wird jedoch auch Kritik geübt. Diese liegt zum einen auf wissenschaftsimmanenter, zum anderen auf meta- oder wissenschaftstheoretischer Ebene.

Kritik auf wissenschaftsimmanenter Ebene wird vor allem von anderen Imitationstheoretikern geübt, die entweder die Verstärkungsbedingungen oder aber die affektiven oder kognitiven Komponenten höher gewichten als BANDURA.

GEWIRTZ & STINGLE (1968) und GEWIRTZ (1971) kritisieren die Annahme, Imitationslernen sei auch ohne externe Verstärkung möglich. Sie gehen davon aus, daß in der Verstärkungsgeschichte eines Individuums die entsprechenden früheren Verstärkungsreize zu finden seien, BANDURA diese

Verstärkungsgeschichte aber nicht genügend berücksichtigen. Sie lehnen generell die Einbeziehung mediatorischer kognitiver Variablen ab, und glauben, Imitationslernen auf der Basis operanter lerntheoretischer Mechanismen unter Verzicht auf selbstregulatorische Prozesse erklären zu können.

Auf der anderen Seite werden von ARONFREED (1969) und KUHN (1972; 1973) die zu geringe Berücksichtigung affektiver bzw. kognitiver Komponenten kritisiert.

YANDO, SEITZ & ZIGLER (1978) glauben, daß BANDURAs Theorie dadurch eingeschränkt sei, daß kognitive Entwicklungsschritte in der Kindheit nicht beachtet würden und eine Anwendung auf Kinder somit ausgeschlossen sei:

" For the capabilities that Bandura ascribe to 'man' are not those possessed by young children. Human cognitive abilities must develop, and as studies of infant's and preschool children make especially clear, they develop from a starting place different from that described in the qualities above."

(YANDO, SEITZ & ZIGLER 1978, S. 35; in dem angesprochenen Zitat weist BANDURA auf die Möglichkeit der Antizipation von Konsequenzen und der kognitiven Problemlösung hin, Anm. d. Verf.).

Dieser Vorwurf erscheint aber nicht berechtigt. Es ist im Gegenteil zu kritisieren, daß BANDURA in einem Großteil seiner Experimente Kinder als Vpn benutzt, die Ergebnisse aber unzulässigerweise auf Erwachsenenlernprozesse generalisiert.

Daß die Annahme entwicklungsbedingter kognitiver Stufen, wie es YANDO, SEITZ & ZIGLER fordern, nicht zwingend ist, hat er durch mehrere Versuche belegt (BANDURA & HARRIS 1966; BANDURA & McDONALD 1963).

Schwerwiegender sind Einwände auf einer umfassenderen metatheoretischen Ebene.

PETERMANN & HASSLINGER (1977) sehen bei BANDURA zu wenig den Prozeßcharakter des Lernens berücksichtigt und er-

weitem das Modell um eine Feedbackschleife, über die sich das praktizierte Handeln auf die weitere Problemsicht auswirkt. Zusätzlich nehmen sie an, daß die objektive Beschaffenheit des Reizmaterials (Modellverhalten) stärker gewichtet werden müßte.

Zu kritisieren ist ebenfalls die relative Unverbundenheit theoretischer Konzipierung und empirischer Untersuchungen bzw. Ergebnisse. Nach zahlreichen praxis- und anwendungsorientierten Experimenten (vor allem zur Aggression und zu klinischen Problemen) baut BANDURA allmählich ein alles integrierendes theoretisches Gerüst auf. Sein theoretischer Rahmen war von Beginn an so weit gesteckt, daß es fast nichts gibt, was er nicht auch mit aufnehmen könnte. Dies kommt auf der einen Seite der Reichweite und Generalität seiner Theorie zugute. Auf der anderen Seite bedeutet es aber, daß die Distanz zwischen theoretischer Annahme und operationalisierten Versuchsbedingungen so groß ist, daß Interpretationen nicht schlüssig und angreifbar sind (es ist schon sehr verwunderlich, daß Tier-, Kinder- und Erwachsenenversuche als Beweis für das Selbstverstärkungskonzept herangezogen werden).

Diese große Distanz verhindert auch die stärkere Einbeziehung von mehr grundlagenorientierter Forschung, die wesentliche Erkenntnisse z.B. zu Aufmerksamkeits- und Behaltensprozessen beisteuern könnte, da sie wesentlich näher an materiell-physiologischen Prozessen orientiert ist.

BANDURAs Anspruch, mit seiner psychologischen Theorie soziale gesellschaftliche Phänomene erklären zu können, ist wohl am kritischsten zu bewerten. Da er in seiner Theorie auf die Einbeziehung gesellschaftlicher Variablen verzichtet und das Modelllernen als primär individuellen Prozeß ansieht, überschreitet er hier eindeutig die Grenzen des Erklärungsgebietes.

Er behauptet zwar, daß menschliches Verhalten nicht isoliert betrachtet werden dürfe und grenzt sich von individualistischen Theorien ab. Den ganzen Bereich ökonomischer

mischer Variablen und historisch gewachsener gesellschaftlicher Bedingungen, läßt er unbeachtet. Nur so kann man sich erklären, daß er zu etwas sehr naiven Vorstellungen von der Freiheit eines Individuums und den Einflußmöglichkeiten auf gesellschaftliche Machtverhältnisse kommt (BANDURA 1974; 1979).

2.2.5. Bisherige empirische Ergebnisse zum Imitationslernen

Eine Gesamtübersicht über alle bisherigen empirischen Ergebnisse zur Imitation kann bei der gerade in den letzten Jahren sprunghaft gestiegenen Zahl von Experimenten nicht mehr geleistet werden.

Frühere Überblicksarbeiten unterschieden sich vor allem in den zugrunde liegenden Systematisierungs- und Klassifikationskriterien und der Reichweite der einbezogenen Inhalte des Modelllernens.

KANFER & PHILLIPS (1970) ordnen die Experimente fünf Kategorien zu, die sich durch das jeweilig zugrunde liegende operationale Paradigma unterscheiden und somit beispielhaft für einen bestimmten theoretischen Ansatz sind. Sie führen folgende Kategorien an:

- das Paradigma des parallel-abhängigen Verhaltens ('matched-dependent paradigma'),
- das Identifikations-Paradigma ('identification paradigma'),
- das Paradigma des Lernens ohne Einübung ('no-trial-learning paradigma'),
- das Paradigma des gemeinsamen Lernens ('co-learning paradigma'),
- das Paradigma des stellvertretenden Konditionierens von Emotionen ('paradigma for vicarious conditioning of arousal').

Eine zusammenfassende Darstellung nach diesem Klassifikationsschema findet sich bei VOGL (1974).

weitere Gesamtübersichten finden sich bei FLANDERS (1968), der nach den jeweiligen unabhängigen Variablen unterscheidet, und bei ZUMKLEY-MÜNKEL (1976).

Übersichten über Teilbereiche wurden schon häufiger erarbeitet:

MARLATT & PERRY (1978) beschreiben anwendungsbezogene verhaltensmodifikatorische Methoden, die nach Prinzipien des Modellerns gestaltet sind.

Ebenso beschäftigen sich GOLDSTEIN (1978), RACHMAN (1977) und BANDURA (1977 b) mit der klinischen Anwendbarkeit des Modeling.

THELEN & RENNIE (1972) berichten über den Einfluß stellvertretender Verstärkung auf das Imitationsverhalten, während ROSENTHAL (1977) selbstverstärkende Prozesse darstellt.

AKAMATSU & THELEN (1974) bieten einen Überblick über die Auswirkungen von Beobachtereigenschaften wie Kompetenz, Erregung, Abhängigkeit, Bedürfnis nach sozialer Anerkennung usw.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen nur punktuell Ergebnisse angeführt werden, die für die Probleme der spezifischen Fragestellung relevant sind.

Dabei wird generell unterschieden zwischen Experimenten, die die Brauchbarkeit des Modellerns im Rahmen praktischer Verhaltensmodifikation überprüfen, und Experimenten, die sich mit der Aufklärung der Anteile einzelner in den Modellernprozeß einbezogener Variablen beschäftigen.

Unter dem ersten Aspekt soll Modellernen als verhaltensmodifikatorische Technik bei klinisch gestörtem Verhalten, intellektuellen Fähigkeiten, sozialem Verhalten, verbalem Verhalten und sozialen Fertigkeiten diskutiert werden.

Subvariablen, die bei der vorliegenden Fragestellung wichtig sind und entsprechend referiert werden, sind:

- Medium der Modellinformation

- Modellcharakteristika
- Aufgabeneigenschaften
- Verstärkungsbedingungen
- Aufmerksamkeits- und Behaltensprozesse

2.2.5.1. Modelllernen als Methode der Verhaltensmodifikation

Untersuchungen unter diesem Aspekt haben vor allem das Ziel nachzuweisen, daß das Modelllernen eine geeignete und in der Praxis einfach anzuwendende Methode der Verhaltensmodifikation ist. Weniger entscheidend bei anwendungsorientierter Forschung dieser Art ist die Abgrenzung der Anteile einzelner Subvariablen. Wichtiger ist die Frage, ob das Modelllernen anderen Techniken der Verhaltensmodifikation unter- oder überlegen ist und ob sein Einsatz unter ökonomischen Aspekten angebracht ist. Subprozesse wie Aufmerksamkeit, Motivation oder Modellmerkmale werden bei Experimenten dieser Fragestellung konstant möglichst optimal gehalten.

Dies wird auch in den vorliegenden Experimenten der Fall sein, in denen das Modelllernen mit der üblichen Frontal-Lehrmethode verglichen wird.

Modelllernen bei klinisch gestörtem Verhalten

Der Einsatz des Modelllernens wurde bisher bei Phobien, Vermeidungsverhalten, retardiertem Verhalten, autistischem Verhalten und Verbalverhalten in der klinischen Exploration überprüft (BLANCHARD 1970; JAFFE & CARLSON 1972).

Schon klassisch sind die Nachweise der positiven Wirkung des Modelllernens bei Schlangenphobien (BANDURA, BLANCHARD & RITTER 1969; GEER & TURTLETAUB 1967; LITVAK 1969; RIMM & MEDEIROS 1970), bei Hundephobien (BANDURA, GRUSEC & MENLOVE 1967; BANDURA & MENLOVE 1968; HILL, LIEBERT & MOTT 1968) und bei Rattenphobien (SMITH & COLEMAN 1977).

Am effektivsten erwies sich bei der Behandlung von unange-

passtem Vermeidungsverhalten das partizipierende Modelllernen, bei dem von der Vp noch in der Realsituation in Anwesenheit des Modells das erwünschte Verhalten durchgeführt wird (RACHMAN 1977; MARLATT & PERRY 1978).

Partizipierendes Modelllernen wurde auch bei Zwangsneurosen (MEYER 1966; RACHMAN, HODGSON & MARKS 1971) und beim Abbau von Zwangsverhalten eingesetzt (HODGSON, RACHMAN & MARKS 1972; RACHMAN, MARKS & HODGSON 1973).

Bei retardierten und autistischen Kindern wurden neue Verhaltensmuster gebahnt. STEPHAN, STEPHANO & TALKINGTON (1973) übten einfachste Überlebenstechniken wie das Telefonieren mit gutem Erfolg ein. ALTMAN, TALKINGTON & CLELAND (1972) stellten jedoch fest, daß bei besonders schwer retardierten Kindern (IQ = 17,5) kein spontanes Nachahmungslernen mehr stattfand.

HINGTGEN, COULTER & CHURCHILL (1967) berichten über ein erfolgreiches Training mit autistischen Kindern.

Bei der Veränderung von Verbalverhalten im klinischen Bereich geht es meist um die Erhöhung der Bereitschaft, in Interviews oder Gruppentherapien offen zu reden und Gefühle zu zeigen. MARLATT (1970) und PERRY (1975) wiesen nach, daß Vpn nach der Darbietung eines entsprechenden Modells eher bereit sind, gegenüber dem Psychologen oder anderen Gruppenmitgliedern offen persönliche Selbstdarstellungen abzugeben.

Auch bei unsicherem Verhalten erwies sich Modelllernen als genauso erfolgreich wie traditionelle Selbstsicherheitstrainings. McFAIL & LILLESAND (1971) setzten unsichere Vpn durch Modelldarbietungen in die Lage, unberechtigte Wünsche zurückzuweisen. KAZDIN (1974; 1976) wies die Effektivität des inneren Modelllernens ('covert modeling'), bei dem die Modelle kognitiv vorgestellt werden, auf diesem Gebiet nach.

WOLFE & FODOR (1977) kamen zu dem Ergebnis, daß das Modelllernen mit anschließendem Rollenspiel kognitiv orientierten Ansätzen überlegen ist. Dies Ergebnis unterstützt im übrigen BANDURAs Ansicht, daß verhaltensorientierte

Techniken sich in der Praxis als überlegen erweisen (vgl. 2.2.4.).

Zusammenfassend kann man feststellen, daß das Modelllernen in der klinischen Anwendung bisher recht gut abgesichert ist, an Bedeutung in Zukunft aber noch eher zunehmen wird.

Beeinflussung intellektueller Fähigkeiten

Experimente innerhalb dieses Bereiches wurden vor allem mit Kindern und Jugendlichen durchgeführt, deren kognitive Stile durch das Modelllernen modifiziert wurden.

FIEDLER (1972), ASCHEUER (1973) und FIEDLER & WINDHEUSER (1974) konnten die Kreativität eines Problemlösungsprozesses steigern, wenn auch diese Erfolge nur kurzfristig nachgewiesen werden konnten.

DENNEY (1972) beeinflusste das kognitive Tempo (impulsive-reflexiv) beim Lösen von Aufgaben und stellte einen Generalisierungseffekt auf andere ähnlich gelagerte Aufgaben und die Persistenz der Änderung fest.

BEE & COLLE (1968) modifizierten das Anspruchsniveau, das 7 - 11 jährige Kinder als Maßstab für die Bewältigung von Spielaufgaben hatten.

Beeinflussung sozialen Verhaltens

Ebenso wie der klinische Bereich ist der Bereich der Imitation sozialen Verhaltens recht gründlich erforscht. Dies ist z.T. darauf zurückzuführen, daß die grundlegenden Versuche von BANDURA und seinen Mitarbeitern fast ausschließlich die Wirkung des Modelllernens auf aggressives Verhalten bei Kindern zum Inhalt hatten (BANDURA & WALTERS 1959; BANDURA, ROSS & ROSS 1961; 1963 a, b).

Vor allem Verstärkungsbedingungen erwiesen sich in diesen Experimenten als aggressionsfördernde oder aggressionshemmende Versuchsvariablen.

Zu kritisieren ist allerdings gerade bei diesen Versuchen die sehr unrealistischen Versuchsbedingungen, da eine

Gummipuppe als Aggressionsobjekt diene.

Aber auch in neueren, realistischeren und relevanteren Versuchen wurde die Modifizierbarkeit der Aggression durch Modellernen nachgewiesen (BARON 1971; BARON & LAWTON 1972; SCHMIDT, SCHIEBEL & TROSKE 1976; SCHMIDT, SCHMIDT-MUMMENDEY, SCHRÖER & STALLBERG 1976).

Ein wichtiges Ergebnis der Aggressionsexperimente war die Widerlegung der Katharsis-Hypothese, die lange Zeit die Aggressionsforschung beherrschte (BANDURA 1979).

Aber auch prosoziales Verhalten ist durch Imitationsprozesse zu verändern (BRYAN & SCHWARTZ 1971).

BRYAN & WALBECK (1970 a, b) wiesen nach, daß die Hilfsbereitschaft bei Kindern durch entsprechende Modelle gesteigert werden kann.

Beeinflussung verbalen Verhaltens

Bei der Modifikation sprachlichen Verhaltens muß man zwischen der Beeinflussung der Form und der Beeinflussung des Inhalts unterscheiden.

Inhaltliche Aspekte spielen in der Klinischen und der Pädagogischen Psychologie die größte Rolle. Meist geht es dabei um eine Steigerung der persönlichen Mitteilungsbereitschaft (DOSTER 1972; HIGHLEN & VOIGHT 1978; McDONALD, GAMES & MINK 1972; SCHEIDERER 1977), um ein verbessertes Verbalverhalten in Interviews (HOLLANS-WORTH, DRESSEL & STEVENS 1977) oder in Beratungsgesprächen (DALTON & SUNDBLAD 1973; MYRICK 1969; PERRY 1975). ALSSID & HUTCHINSON (1977) trainierten Interviewer durch Modellfilme nur solche Fragen zu stellen, die nicht nur durch ein bloßes 'ja' oder 'nein' zu beantworten sind. Sie stellten zusätzlich fest, daß das Modell, welches nur das gewünschte Verhalten zeigte ('pure model'), bessere Ergebnisse induzierte als ein Modell, welches auch negative Verhaltensweisen zeigt und dafür korrigiert wird ('corrective model').

Die Beeinflussung der Form der Sprache spielt vor allem beim Spracherwerb und der Änderung des gelernten Wort-

schatzes, des Satzbaus und der grammatischen Regeln eine Rolle (ROSENTHAL 1977).

BANDURA & HARRIS (1966) zeigten, daß Kinder nach der Darbietung von Modellen den Gebrauch von Präpositionalgefügen und Passivsätzen signifikant besser beherrschten als vorher.

Den Erwerb von Zeitformen bei Verben wiesen ROSENTHAL & CARROLL (1972) nach.

Modellernen zum Training sozialer Fertigkeiten

In diesem Bereich, in den auch die vorliegende Arbeit einzuordnen ist, liegen bisher kaum empirische Ergebnisse vor.

Unter sozialen Fertigkeiten werden verhaltensmodifikatorische Fähigkeiten, gesprächspsychotherapeutische Techniken und soziale Umgangsformen aller Art verstanden.

Im Vordergrund stehen die verhaltensmodifikatorischen Techniken, die in medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen, in Schulen, im Elternhaus usw. immer mehr an Bedeutung gewinnen und meist in einem Mindestumfang möglichst ökonomisch an Laien vermittelt werden sollen.

GLADSTONE & SPENCER (1977) machten auf diesem Gebiet sehr gute Erfahrungen. Durch Darbietung realer Modelle erreichten sie es, daß die Betreuer von retardierten Kindern Lob als Mittel der Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit erwünschter Verhaltensweisen vermehrt einsetzten. Die Kinder wurden so bei Fortschritten in alltäglichen Tätigkeiten wie Zähneputzen oder Waschen konsequent verstärkt. Wenn auch die Ergebnisse nicht statistisch überprüft wurden, so zeigte sich doch, daß nach dem Modelltraining vier von fünf Betreuern den Einsatz positiver Verstärkung gut beherrschten.

GARDNER (1972) versuchte, die Auswirkung von Verhaltenstrainings in Form von Rollenspielen, was vom Ansatz her dem partizipierenden Modellernen sehr nahe kommt, mit der Wirkung eines Vortrages über Verhaltensmodifikationstech-

niken zu vergleichen. Er erhielt ein sehr interessantes Ergebnis:

Das Lehren von verhaltensmodifikatorischen Techniken erhöhte zwar das Wissen um diese Techniken, aber nur bei verhaltensorientierter Vermittlung dieser Techniken (hier Rollenspiel) waren die Vpn auch tatsächlich in der Lage, diese Fertigkeiten anzuwenden. HERSEN & BELLACK (1978) führen weitere Untersuchungen an, die dieses Ergebnis unterstreichen.

WALLACE, DAVIS & LIBERMAN (1973) versuchten, mit verschiedenen Methoden die Interaktion zwischen Patienten und Personal einer psychiatrischen Abteilung zu verbessern. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß nur das Modellernen die Interaktion positiv beeinflusste, während die Instruktion als alternative Methode keinen Erfolg hatte. Außerdem stellten sie fest, daß die Kompetenz des Modells den Erfolg erhöhte.

TALBERT, WILDEMAN & ERICKSON (1975) versuchten, Psychologiestudenten 'Lob', 'Löschung' und 'Time-out' als Techniken der VT zu vermitteln. Sie arbeiteten mit vier Versuchsgruppen:

- einer Modellfilmgruppe,
- einer Lehrgruppe ('lecture group'),
- einer Gruppe, die eine Kombination der beiden Treatments erhielt,
- einer Kontrollgruppe.

Alle drei Experimentalgruppen unterschieden sich signifikant von der Kontrollgruppe, zeigten jedoch untereinander keine Differenzen. Dies war eventuelleine Folge der Meßmethode, denn die Vpn hatten nur vorgegebene Verhaltensalternativen zu Problemsituationen auszusuchen, diese aber nicht tatsächlich auszuführen.

Abschließend ist festzustellen, daß gerade unter ökonomischen Aspekten das Modellernen üblichen Trainingsmethoden zur Vermittlung von verhaltensmodifikatorischen Techniken überlegen ist, da eine Vermittlung an ganze Klassenverbände oder Ausbildungsgruppen möglich und

das Training Einzelner nicht erforderlich ist.

2.2.5.2. Wichtige Subprozesse des Modellernens

Nach einer inhaltlich orientierten Darstellung der Breite der Anwendungsmöglichkeiten des Modellernens folgen nun empirische Ergebnisse zu einzelnen Variablen, die den Prozeß des Modellernens z.T. entscheidend beeinflussen können. Es sollen hier nicht alle Variablen, die jemals im Zusammenhang mit Modellernmechanismen überprüft wurden, berücksichtigt werden, sondern nur gezielt diejenigen, die für den vorliegenden Versuch von Bedeutung sind.

Es sind dies:

- das Medium der Vermittlung der Modellinformation
- Modellcharakteristika
- Aufgabeneigenschaften
- Verstärkungsbedingungen
- Aufmerksamkeits- und Behaltensprozesse

Medium der Informationsvermittlung

Grundsätzlich gibt es die Möglichkeit, Informationen über Modellverhalten durch ein reales, ein symbolisches oder sogar ohne Modell zu vermitteln (DUBANOSKI & PARTON 1971; FOUTS & PARTON 1969).

Die Wirksamkeit jeder einzelnen Vermittlungsart ist bisher empirisch gut abgesichert (FLANDERS 1968). Die Studien, die den relativen Effekt von realen bzw. symbolischen Modellen verglichen, erbrachten differierende Ergebnisse. In einigen Arbeiten ergab sich kein Unterschied (BANDURA, ROSS & ROSS 1963 a; KLINGER 1967), während sich in anderen die Überlegenheit der realen Modelle erwies (ALLEN & LIEBERT 1969; BANDURA & MENLOVE 1968; WOLF & CHEYNE 1972). ALLEN & LIEBERT (1969) fanden heraus, daß das reale Modell bei der Enthemmung von Verhalten effektiver war,

bei der Hemmung von Verhalten sich jedoch kein Unterschied zwischen realen und symbolischen Modellen herausstellte.

Bei BANDURA & MISCHEL (1965) erwies sich das reale Modell hinsichtlich der Stabilität des Gelernten als erfolgreicher. Trotzdem sieht BANDURA keinen prinzipiellen Unterschied zwischen den verschiedenen Arten der Informationsvermittlung:

" In der Theorie des sozialen Lernens beschäftigt man sich mehr mit dem Prozeß, durch den die Repräsentation von Aktivitäten, für die es Verhaltensmuster gibt, es übernimmt, Reaktionen zu steuern, und weniger mit der besonderen Form, in der Reaktionsinformation präsentiert wird. Man nimmt an, der zugrundeliegende Nachbildungsprozeß bleibe sich gleich, ob er nun durch Wörter, Bilder oder Handlungen übermittelt würde." (BANDURA 1976 a, S. 48).

Ausschlaggebend sind also die Inhalte, die vermittelt werden sollen. Will man soziale Verhaltensweisen anbahnen, ist eher ein reales Modell angebracht, wohingegen zur Vermittlung einfacher Handfertigkeiten ein gezeichneter Cartoon ausreichen mag.

Ebenso müssen die Eigenschaften des Beobachters berücksichtigt werden:

" Auch darf man erwarten, daß Beobachter, deren begriffliche Fähigkeiten nicht sehr ausgebildet sind, von sprachlicher Modellierung weniger als von Verhaltensvorführung profitieren werden." (BANDURA 1976 a, S. 49).

Die Diskussion um die Effizienz von Instruktion versus verbale Modellierung (MASTERS & BRANCH 1969; GREEN & MARLATT 1972; WHALEN 1969; ALTMANN, TALKINGTON & CLELAND 1972) hält BANDURA für überflüssig. Seiner Ansicht nach sind beide nur Einzeltypen von sprachlicher Modellierung, die sich nur insofern unterscheiden, als die Modellinhalte einmal mehr und einmal weniger explizit definiert werden (BANDURA 1976 a; 1977 d). Die erforderliche Expli-

kation hängt vermutlich primär davon ab, wie komplex der zu vermittelnde Inhalt ist. Bei QUILLITCH (1975) und RAPPAPORT (1973) zeigte sich, daß einfachere Instruktionen zur Induzierung komplexerer Verhaltensweisen (therapeutischer Umgang mit Patienten / Gesprächsverhalten) ungeeignet waren.

Modelleigenschaften

Von vielen Forschern wird den Eigenschaften eines Modells große Bedeutung zugemessen (GRUSEC & MISCHEL 1966).

BANDURA sieht die Bedeutung der Modellcharakteristika vor allem in ihrer Auswirkung als differenzierende Verstärkungsbedingungen und ihrer Verankerung als Hinweisreize in der Verstärkungsgeschichte eines Individuums. Sie können ausschlaggebend werden, wenn der Beobachter das Verhalten eines Modells, nicht aber die Konsequenzen sieht, so daß er bei der Beurteilung der Effizienz einer modellierten Reaktion auf die Interpretation von Hinweisreizen wie Status, Kompetenz, Kleidung usw. angewiesen ist.

Am häufigsten wurde die Wirksamkeit des Status oder der Kompetenz des Modells nachgewiesen (BURNSTEIN, STOTLAND & ZANDER 1961; ALLEN & LIEBERT 1969; MEICHENBAUM 1971).

WALLER & PREIS (1977) wiesen nach, daß Kompetenz im Sinne von Sachverstand die Imitationswahrscheinlichkeit erheblich erhöhte. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch BARON (1970) und ROSENBAUM, CHALMERS & HORNE (1962).

Ebenso erwies sich der Status eines Modells, operationalisiert durch Kleidung, Besitzstand, Stil der Sprache usw., als wirksame Variable (WENDER, NEU-WEISSENFELS & GROFFMANN 1974).

Das Geschlecht des Modells spielt vermutlich nur dann eine Rolle, wenn das zu imitierende Verhalten in irgendeiner Weise geschlechtsspezifisch zugeordnet wird. Verhaltensweisen, die durch rollenspezifische Soziali-

sation als dem eigenen Geschlecht adäquat angeeignet wurden, werden eher imitiert als Verhaltensweisen, die dem typischen Verhaltensrepertoire des anderen Geschlechts zugeschrieben werden. Zu diesem Ergebnis kamen FRYREAR & THELEN (1969) und BREYER & MAY (1970).

Bei der Attraktion und Ähnlichkeit von Modellen muß man zwischen objektiven Merkmalen des Modells und den subjektiv wahrgenommenen Attraktions- und Ähnlichkeitsmerkmalen unterscheiden. Wirksam scheint nur subjektiv wahrgenommene Ähnlichkeit zu sein (STOTLAND, ZANDER & NATSOULAS 1961; BANDURA 1976 a). Die meisten Autoren gehen außerdem davon aus, daß diese Ähnlichkeitsmerkmale nicht direkt, sondern nur über Aufmerksamkeitsprozesse vermittelt wirken (ROSEKRANS 1967; FISHER & HARRIS 1976). Krameyer (1975) hält die Variable der Ähnlichkeit für zu global und zu schlecht operationalisierbar, so daß sie nur im Zusammenhang mit anderen Variablen interpretiert werden sollte.

Der Einsatz mehrerer Modelle bringt Vorteile für die Präzision und Persistenz von modelliertem Verhalten (BANDURA & MENLOVE 1968; BRITT 1971; LIEBERT & FERNANDEZ 1970). Dadurch, daß die Verwendung mehrerer Modelle auch eher realen Situationen entspricht, erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit der Generalisierung des imitativen Verhaltens. Unter pragmatischen Gesichtspunkten ist es innerhalb einer Versuchsanordnung auch wahrscheinlicher, daß bei Verwendung mehrerer Modelle jede der Vpn, die ja zwangsläufig auf unterschiedliche Modellcharakteristika ansprechen, gezielt und aufmerksam zumindest eines der Modelle beachtet.

Aufgabeneigenschaften

Unter Aufgabeneigenschaften werden die objektiven Reizbeschaffenheiten des zu vermittelnden Modellinhaltes verstanden.

LIEBERT & FERNANDEZ (1969) und FERNANDEZ & LIEBERT

betonen vor allem die Wichtigkeit der Aufgabenkomplexität. Sie fanden heraus, daß die Vpn bei hoher Komplexität am ehesten das gezeigte Modell nachahmen. Dies ist eventuell auf das Fehlen von Alternativreaktionen zurückzuführen.

McDAVID (1962; 1964) untersuchte die Ambiguität von Reizmaterial und kam zu dem Ergebnis, daß ambigues Material die Nachahmung erschwert.

Auch PETERMANN & HASSLINGER (1977) betonen die Wichtigkeit der objektiven Reizbeschaffenheit. Ihrer Ansicht nach setzt sich diese Variable aus der Differenziertheit, dem funktionellen Wert und der Komplexität zusammen. Grundsätzlich muß man davon ausgehen, daß das Reizmaterial bestimmten Anforderungen entsprechen muß, um Imitation überhaupt möglich zu machen. Es muß differenzierbar und eindeutig sein, um symbolisch kodierbar zu sein. Die Komplexität darf nicht zu hoch sein, da dies den Beobachter bei der Strukturierung des Materials überfordern würde. Außerdem sollte es realistisch und relevant sein, um eine Generalisierung von der Versuchssituation auf den normalen Alltag zu fördern.

Verstärkungsbedingungen

Bei den Verstärkungsbedingungen ist zwischen der direkten Verstärkung (Verstärkung des Beobachters), der stellvertretenden Verstärkung (Verstärkung des Modells) und der Selbstverstärkung (innerpsychischer Mechanismus des Beobachters) zu unterscheiden.

Grundsätzlich ist festzuhalten, daß die Verstärkung keine notwendige Voraussetzung des Modelllernens ist, wie es auch durch zahlreiche Versuche belegt ist (BANDURA, ROSS & ROSS 1961; BANDURA & BARAB 1971; LA FLEUR 1972; LA FLEUR & JOHNSON 1972; STEINMANN 1970 a, b).

Ansonsten sind die empirischen Ergebnisse, vor allem was einen Effektivitätsvergleich der unterschiedlichen Verstärkungsarten betrifft, sehr uneinheitlich. Die Wirksamkeit jeder einzelnen Verstärkungsart ist jedoch empi-

pirisch abgesichert (ZUMKLEY-MÜNKEL 1976).

Bei der direkten Verstärkung wiesen HICKS (1965) und KANAREFF & LANZETTA (1960 a, b) die Wirksamkeit von materieller Verstärkung nach. Aber auch die Brauchbarkeit von sozialer Verstärkung erwies sich in Experimenten (BAER & SHERMAN 1964; KANFER & MARSTON 1963 a, b; MISCHEL & GRUSEC 1966).

Auch bei der stellvertretenden Verstärkung wurde die Effektivität unterschiedlichster Verstärker nachgewiesen. BISESE (1966) und ROSENBAUM & TUCKER (1962) zeigten, daß schon die einfache Rückmeldung über einen Aufgabenerfolg wirksam war. Als erfolgreich erwies sich auch soziale Verstärkung (BANDURA, GRUSEC & MENLOVE 1967 a; MARSTON 1965) und materielle Verstärkung (BANDURA 1965 a).

Wichtig sind noch die folgenden Ergebnisse:

Die stellvertretende Verstärkung muß ebenso wie die direkte kontingent gegeben werden (PHILLIPS 1969), und diese Kontingenz muß nicht nur objektiv vorhanden sein, sondern auch vom Beobachter subjektiv wahrgenommen werden (HAMILTON 1970; McDAVID 1962; THELEN & RENNIE 1972).

Über den Erfolg der stellvertretenden Verstärkung entscheidet nicht in erster Linie die Höhe der Verstärkung, sondern die offen gezeigte affektive Reaktion des verstärkten Modells (LERNER & WEISS 1972).

Auch ADERMAN & UNTERBERGER (1977) kommen zu dem Ergebnis, daß nur dann ein Verstärkungseffekt zu erwarten ist, wenn das Modell positive Gefühle gegenüber der Verstärkung zeigt.

Die Entscheidung, ob direkte oder stellvertretende Verstärkung eingesetzt werden soll, ist also mehr von pragmatischen Aspekten abhängig, da die Effektivität in gleichem Maße nachgewiesen ist (BANDURA 1975 a; 1977 d).

Während man bei der direkten Verstärkung darauf warten muß, daß das gewünschte Verhalten vom Beobachter gezeigt wird, läßt sich die stellvertretende Verstärkung in jeder Situation einsetzen.

Vor allem KANFER & MARSTON (1963 a, b) wiesen den Erfolg von Selbstverstärkungsmechanismen nach. BANDURA und Mit-

arbeiter wiesen die Möglichkeit des Aufbaus von Selbstverstärkungssystemen und deren Modifizierbarkeit nach (BANDURA 1974; BANDURA & MAHONEY 1974; BANDURA, MAHONEY & DIRKS 1976). ROSENTHAL (1977) glaubt, daß Selbstverstärkungsprozesse für die kommende Forschung wichtiger als die direkte oder stellvertretende Verstärkung sein wird.

Aufmerksamkeits- und Behaltensprozesse

Unbestritten ist die Aufmerksamkeit eine Grundvoraussetzung des Lernens am Modell (BANDURA 1976 a; BANDURA & HARRIS 1966). Fraglich ist dagegen, welche Prozesse die Aufmerksamkeit beeinflussen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß unter anderem Modelleigenschaften, Modellinhalte und situative Variablen wie Instruktion, Versuchsraum usw. einen Einfluß auf Minderung oder Steigerung der Aufmerksamkeit haben.

Bei den Modelleigenschaften spielen Geschlecht, Kompetenz und Status die größte Rolle. Der Modellinhalt sollte zur Aufmerksamkeitssteigerung möglichst realistisch und relevant sein. BANDURA, ROSS & ROSS (1961) wiesen nach, daß der Realitätsgrad einer Darstellung - vermittelt über die Aufmerksamkeit - positiv mit dem Lernerfolg korreliert. Bei den situativen Variablen ist in erster Linie die Versuchsinstruktion zu beachten, die in hohem Maße die Aufmerksamkeit richten kann (MISCHEL & GRUSEC 1966; KANFER, MARTIN, DUERFELDT & DORSEY 1971).

BANDURA, GRUSEC & MENLOVE (1966) fanden heraus, daß die an sich aufmerksamkeitssteigernde Mitteilung vor dem Versuch, daß das zu beobachtende Verhalten nach der Darbietung nachgeahmt werden müsse, auch Leistungsangst aktivieren könne und somit eher negative Auswirkungen haben könne.

Bei den Behaltensprozessen spielen die Auswirkungen von verbalen Kodierungen auf den Speicherprozeß eine große Rolle. Vpn, die vor dem Versuch zur verbalen Kodierung

der zu beobachtenden Modellinhalte instruiert werden, steigern die Behaltensleistung erheblich (BANDURA, GRUSEC & McNLOVE 1966).

Auch die Vorgabe verbaler Kodierungsmöglichkeiten wirkt sich positiv aus (GERST 1971). Am erfolgreichsten erwiesen sich dabei Kodes, die in Oberbegriffen zusammenfassend, vom konkreten Modellverhalten abstrahieren.

Wiederholungsprozesse, gleich ob offen oder verdeckt durchgeführt, scheinen die kognitiven Verarbeitungsprozesse ebenfalls positiv zu beeinflussen, da die symbolischen Repräsentationen fester verankert werden (BANDURA & JEFFERY 1973).

2.2.6. Realisierung optimaler Modellernbedingungen

Die beiden Experimente der vorliegenden Arbeit sollen die Wirksamkeit des Modellerns mit der Wirksamkeit üblicher Frontallehrkonzepte (Referat oder Vortrag) vergleichen.

Komplexe Kommunikations- und Verhaltensmuster sollen an psychiatrisches Krankenpflegepersonal vermittelt werden. Nebenbedingungen wie Aufmerksamkeit, Materialstruktur, verbale Kodierungsangebote, Rehearsalprozesse, Instruktionen usw. sollen für Vpn aller Versuchsgruppen möglichst optimal gestaltet werden, um die beiden Lehrkonzepte als unabhängige Variablen gut abgrenzen zu können.

Bei der Auswahl des Mediums für die Vermittlung der Modellinhalte gilt es folgendes zu berücksichtigen:

Das Geeigneteste wäre es nach bisheriger Erfahrung, mit realen Modellen zu arbeiten. Dies ist jedoch im Rahmen des Unterrichts auf die Dauer undurchführbar, da Modelle nur in beschränktem Maße zur Verfügung stehen könnten und sich Variablen wie Bekanntheitsgrad, fehlende Konstanz des Modellverhaltens usw. negativ auswirken würden. Daher bietet sich vor allem unter ökonomischen und pragmatischen Gesichtspunkten der Einsatz des Films an. Der Film ist vielfach einsetzbar (Kopien), und - da stän-

dig einsetzbar und häufig wiederholbar - wesentlich praktikabler.

Die Inhalte des Films und des Referates sollten möglichst realistisch und relevant sein. Die dargestellten Situationen sollten am Erfahrungsbereich der Beobachter anknüpfen und von diesen als lebensnah eingeschätzt werden können. Die im Film angebotenen und im Referat vortragenen Verhaltensalternativen sollten für Krankenpfleger mögliche Lösungen tatsächlicher Probleme bedeuten und durchführbar erscheinen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird dies dadurch gewährleistet, daß durch Fragebogen und Interviews die tatsächlichen, subjektiv erlebten Probleme der betroffenen Krankenpfleger und die Einschätzungen von Experten verglichen und abgestimmt werden mit den auf theoretischer Ebene abgeleiteten Ausbildungsdefiziten und Ansatzpunkten für eine Ausbildungsverbesserung.

Die Substanz des Modellinhaltes sollte außerdem etwas überpointiert dargeboten werden, so daß eine bessere Differenzierbarkeit einzelner Verhaltensprinzipien ermöglicht wird.

Den im Film dargebotenen Modellen sollte ein großer Realitätsgrad zugeschrieben werden können. Dies ist dadurch zu erreichen, daß sie als Berufskollegen vorgestellt werden und in Alter und Geschlecht den Beobachtern ähnlich sind.

Um unter den angesprochenen Krankenpflegern möglichst viele 'Adressaten' zu erreichen, bietet sich der Einsatz mehrerer Modelle an.

Den Modellen sollte jeweils Sachkompetenz zugeschrieben werden.

Die Aufmerksamkeit sollte durch eine gerichtete Instruktion, in der auf die Inhalte des Folgenden eingegangen wird, erhöht werden.

Die im Film bzw. Referat angebotenen Verhaltensmuster sollten als mögliche, bisher mit gutem Erfolg erprobte Verhaltensalternativen dargestellt werden, nicht aber als einzig richtige.

So kann der Eindruck des 'Belehrt-werdens' verhindert werden und der Leistungsdruck abgebaut werden.

Kodierungs- und Behaltensprozesse sind positiv zu beeinflussen durch die Vorgabe verbaler Kodes, in denen schon die abstrahierten Verhaltensregeln enthalten sind und die somit als 'advanced organizers' dienen können.

Eine Diskussion oder Zusammenfassung am Ende des Films bzw. Referats soll die Rehearsalprozesse ermöglichen. Die Erfolge des Modellverhaltens sollten im Film erkennbar sein und zusätzlich deutlich hervorgehoben werden. Dieser Erfolg des Modells, der aber nicht unrealistisch hoch sein darf, kann so die Nachahmungsbereitschaft des Beobachters erhöhen.

3. EMPIRISCHER TEIL

3.1. Experimentelle Umsetzung der Fragestellung

Im empirischen Teil der Arbeit wird die Fragestellung auf dem Hintergrund der vorherigen theoretischen Überlegungen experimentell umgesetzt.

Dabei sind in der vorliegenden Arbeit von vornherein zwei aufeinander aufbauende Experimente vorgesehen. Dadurch soll gewährleistet werden, daß dieser Versuch, die Brauchbarkeit des Modellernansatzes bei Erwachsenenlernprozessen (konkret bei psychiatrischen Krankenpflegern) experimentell zu überprüfen, über ein Vorversuchsstadium hinauskommt. Die Möglichkeit, den zweiten Versuch aufgrund der Ergebnisse aus dem ersten Versuch gezielt zu gestalten, soll ein effektives Herangehen an die Fragestellung gewährleisten.

Dazu ergibt sich eventuell die Möglichkeit, die Auswirkungen des experimentellen Treatments über einen längeren Zeitraum zu beobachten. Dies hängt von den konkreten Unterrichts- und Ausbildungsbedingungen in der Krankenpflegeschule des WLK Lengerich ab. Die Ausbildungsschule war deshalb zum Versuchsort ausgewählt worden, weil von Berufsanfängern anzunehmen ist, daß sie noch keine fest eingeschliffenen Verhaltensmuster und Einstellungen wie ihre berufserfahrenen Kollegen haben, und somit die Vermittlung neuer Verhaltensweisen durch einen Modellfilm oder ein Referat eher möglich ist. Es ist natürlich davon auszugehen, daß das Modellernen sich auch bei älteren Pflegern als effektiv erweisen würde, da ja zwischen den beiden Berufsgruppen keine prinzipiellen Unterschiede bestehen. Nur ist davon auszugehen, daß es zu Veränderungen bei fest eingeschliffenem Einstellungs- und Verhaltensinventar größerer Bemühung bedürfte. Das einmalige Darbieten eines Modellfilms bzw. Referates hätte sicherlich keinen modifikatorischen Effekt. Ein mehrmonatiges Training aber, das bei älteren Pflegern vermutlich notwendig wäre, würde den Charakter dieser Arbeit

sprengen und ließe außerdem die Abgrenzung von unabhängigen Variablen (Modellernen versus Referat) nicht zu.

Dieser erste Abschnitt des empirischen Teils wird die allgemeinen Voraussetzungen klären, die für die Durchführung beider Experimente ausschlaggebend sind.

An erster Stelle steht die Entscheidung über den methodischen Zugang, der gewählt werden soll. Unter der gegebenen Fragestellung werden Vor- und Nachteile der Labor-, Feld- und Handlungsforschung diskutiert und adäquate Umsetzungsmöglichkeiten bestimmt.

Als nächstes wird die empirische Ableitung von Problem-inhalten und Problemsituationen in Gesprächen mit erfahrenen und unerfahrenen Krankenpflegern, mit Fortbildungsreferenten und Psychologen in der Psychiatrie erfolgen. Diese empirische Ableitung hat die Aufgabe, die zu vermittelnden Inhalte auf konkreterer Verhaltensebene zu bestimmen, als dies durch die theoretische Analyse möglich war, die lediglich auf abstrakter Ebene 'rehabilitatives Verhalten' und 'Mitarbeit im Team' als positive und wichtige Pflegerverhaltensweisen kennzeichnete. Tatsächlich relevante Verhaltensweisen können aber nur erarbeitet werden, wenn man direkt an Verhaltensproblemen der Betroffenen ansetzt und ihnen umsetzbare Verhaltensalternativen zur Lösung der Schwierigkeiten anbietet. Diese Lösungen sollen zum einen mit den theoretischen Postulaten nach therapeutischem und rehabilitativem Verhalten und zum anderen mit den pragmatischen Vorstellungen berufserfahrener Praktiker (Psychologen, Krankenpfleger, Fortbildungsreferenten, Ausbilder) über positives Pflegerverhalten übereinstimmen.

Nach Ableitung der Probleminhalte werden kurz einige Schwierigkeiten der Versuchsrealisierung angeschnitten und die allgemeinen, für beide Versuche gültigen Versuchserwartungen dargestellt.

3.1.1. Labor-, Feld- und Handlungsforschung

Der größte Teil bisheriger Untersuchungen zu Phänomenen

des Modelllernens wurde als experimentelle Laborforschung durchgeführt. Experimente oder Studien, die im Feld durchgeführt wurden, bildeten die Ausnahme und wurden vor allem unter anwendungsorientierter Zielsetzung durchgeführt (z.B. HORNSTEIN, FISCH & HOLMES 1968; WALLACE 1973; GLADSTONE & SPENCER 1977).

Ziel des Laborexperimentes ist es, möglichst optimale Bedingungen zur Überprüfung eines kausalen oder zumindest konditionalen Zusammenhangs herzustellen. Zur Isolierung eines möglichst klaren Zusammenhangs zwischen manipulierter unabhängiger Variablen und der abhängigen Variablen werden andere Variablen als Störfaktoren ausgeschlossen, in allen Versuchsgruppen konstant gehalten oder anderweitig kontrolliert (BREDENKAMP 1969; SELIG 1966). Dieses Vorgehen bedeutet jedoch gleichzeitig, daß Variablen mißachtet bzw. ausgeschlossen werden, die in der außerexperimentellen Realität wirksam sind. Folgen davon sind Künstlichkeit der Experimentalsituation, nur eingeschränkte externe Validität und vor allem enge Begrenzungen der potentiellen Forschungsvorhaben auf 'umsetzbare' Fragestellungen.

So ist es auch nicht verwunderlich, daß sich starke Kritik am laborexperimentellen Ansatz einstellte (TAJFEL 1972; HOLZKAMP 1972; LÜCK & BUNGARD 1978).

Das Feldexperiment bietet die Möglichkeit, die Künstlichkeit der Laborsituation aufzuheben und durch Einbeziehung der relevanten sozialen Kontextvariablen zu höherer externer Validität zu kommen (LÜCK & BUNGARD 1978).

Dabei unterscheidet sich das Feldexperiment im Gegensatz zur Feldstudie, die nur nicht-reaktive Meßverfahren verwendet, nicht grundsätzlich vom Laborexperiment, denn es erfüllt ebenfalls die Kriterien für ein Experiment (Willkürlichkeit, Wiederholbarkeit, Variierbarkeit).

Der Hauptunterschied besteht darin, daß das Feldexperiment im natürlichen Milieu stattfindet, während im Labor erst das experimentelle Milieu künstlich geschaffen wird (ZIMMERMANN 1972).

Die Durchführung eines Feld- bzw. Laborexperiments ga-

rantiert aber in keinem Fall per se die Realisierung externer bzw. interner Validität.

Ein Ansatz, der im Gegensatz zu Feld- und Laborexperiment ganz auf das experimentelle Vorgehen verzichtet, ist die Handlungs- oder Aktionsforschung (HAAG 1972).

KRÜGER & KLÜVER (1970) fordern für die Aktionsforschung:

- die Orientierung der Problemauswahl an konkreten gesellschaftlichen Bedürfnissen,
- die Intention nach Veränderung gesellschaftlicher Realität,
- die Betonung des prozeßhaften Charakters der gewonnenen Daten, die die soziale Situation in ihrer gesamten Komplexität erfassen sollen,
- die Aufhebung des Subjekt - Objekt Verhältnisses im Forschungsprozeß.

Gerade dieses letzte Kriterium stößt aber mittlerweile auch bei prinzipiellen Verfechtern der Handlungsforschung auf Kritik. Die traditionelle Subjekt - Objekt zwischen Forscher und Forschungsobjekt erwies sich aus organisatorischen, interessensmäßigen und erkenntnistheoretischen Gründen als nicht aufhebbar (KRAMMEYER 1975).

Unter anderem deshalb kann die Handlungsforschung nicht als gleichwertige Alternative zum experimentellen Vorgehen gelten, sondern nur als Ergänzung traditioneller Techniken in bestimmten Bereichen dienen.

Wesentliche Gesichtspunkte der Handlungsforschung (Problemgeneese, Beteiligung der 'Erforschten', Einbeziehung des gesamten sozialen Kontexts) sollten auch bei traditionell experimentellen Untersuchungen beachtet werden.

In der vorliegenden Fragestellung ist das feldexperimentelle Vorgehen das adäquateste. Das Laborexperiment wäre nicht in der Lage, sämtliche Variablen, die bei einem so komplexen Gegenstand wie Erwachsenenlernen wirksam werden, zu erfassen, wohingegen die Handlungsforschung zwar dem gesellschaftlichen Veränderungsinteresse an

der psychiatrischen Versorgung, nicht aber dem Erkenntnisinteresse an einer Überprüfung des Modellernansatzes gerecht würde.

Das Feldexperiment soll unter Berücksichtigung experimenteller Gütekriterien und gleichzeitiger Beteiligung der betroffenen Krankenpfleger durchgeführt werden.

Diese Beteiligung spielt vor allem bei der konkreten Analyse des Berufsfeldes und der Ableitung von Problem-inhalten und Lösungsvorschlägen eine große Rolle. Beim eigentlichen experimentellen Treatment soll die Beteiligung und Information der Betroffenen nur so weit gehen, wie keine Verfälschung der Versuchsergebnisse zu erwarten ist.

Die Entscheidung für das Feldexperiment bedeutet für die vorliegende Untersuchung:

- die Versuche werden in der Ausbildungsschule für Krankenpfleger im WLK Lengerich durchgeführt,
- die Auswahl der Vpn ist durch die Klassenverbände begrenzt,
- die Vpn werden nicht über unsere Erwartungen bezüglich der Wirksamkeit des Modellfilms bzw. des Referates informiert,
- die betroffenen Krankenpfleger werden an der Diskussion der derzeitigen Probleme in der Psychiatrie und der Ableitung der wichtigsten Schwierigkeiten und entsprechenden Lösungsvorschlägen beteiligt,
- nicht zu beeinflussende Variablen wie Stationswechsel zwischen einzelnen Untersuchungsphasen, Dienst in Früh- oder Spätschicht am Untersuchungstag, soziale Bedingungen im Klassenverband usw. müssen akzeptiert werden,
- statistische Auswertungsverfahren müssen dem Untersuchungscharakter gerecht werden und dürfen in Anbetracht möglicher und wahrscheinlicher Störbedingungen nicht übermäßig differenziert sein (eine gute qualitative Analyse ist in vielen Situationen angebrachter als ein überaus spezifisches statistisches Verfahren).

3.1.2. Ableitung der Probleminhalte und konkreter Problemsituationen

Wie schon mehrfach erwähnt sollen die Verhaltensmuster, die mittels eines Referats bzw. Modellfilmszenen von Krankenpflegern gelernt werden sollen, unter inhaltlichem Aspekt mehreren Kriterien genügen:

- sie sollen innerhalb einer gesamtpsychiatrischen Konzeption sinnvoll in eine Weiterentwicklung der Psychiatrie eingeordnet werden können,
- sie sollen über das WLK Lengerich hinaus Bedeutung in der stationären Versorgung von Patienten haben,
- sie sollen an tatsächlichen Problemen der Betroffenen ansetzen,
- sie sollen realistisch und heute schon umsetzbare Verhaltenslösungen sein.

Die beiden ersten Forderungen wurden durch die theoretischen Erörterungen im ersten Abschnitt der Arbeit abgedeckt (vgl. 2.1.3. und 2.1.4.). Es wurde festgestellt, daß rehabilitatives Verhalten und die Fähigkeit zur Teamarbeit in der Ausbildung des Pflegepersonal berücksichtigt werden müssen, und daß das WLK Lengerich als repräsentativ für andere Großkrankenhäuser in der BRD angesehen werden kann.

Die beiden letztgenannten Forderungen werden durch Befragungen der betroffenen, mehr oder weniger erfahrenen Krankenpfleger, sowie anderer Experten erfüllt.

Zusätzlich leisteten Psychologiestudenten, die auch die Planung und Durchführung der Experimente mittrugen, Praktika in Lengerich ab und lieferten gerade zu diesem Problembereich wesentliche Beiträge.

3.1.2.1. Erfahrungen von Psychologiepraktikanten

Die Praktikanten/innen hatten Gelegenheit, die Arbeit und die Bedingungen im WLK Lengerich auf allen Ebenen kennenzulernen. Sie nahmen an den verschiedenen Gremien-

sitzungen teil (Wirtschaftskonferenz, Ärztekonzferenz, Bereichskonferenz, Bereichsgespräch, Stationsgespräch) und erhielten Einblick in die Stationen der einzelnen Bereiche (Akut-, Sucht-, Rehabilitationsbereich).

Eine wichtige Erkenntnis im alltäglichen Stationsleben war die Beobachtung, daß die theoretisch angenommene Schlüsselstellung des Pflegepersonals (vgl. 2.1.2.) in der Realität tatsächlich zutrifft.

Abgesehen davon, daß Krankenpfleger rein zeitlich am häufigsten und längsten mit den Patienten zusammen sind, sind sie in Kommunikation und Interaktion der wichtigste und ausschlaggebende Partner der Patienten. Dies führt zum Teil sogar zu Fixierungen der Patienten auf bestimmte Pfleger, so daß Selbstständigkeit und Eigeninitiative gehemmt sind. Gerade bei Stationsgruppengesprächen führt dies dazu, daß Lösungen bestimmter Stationskonflikte immer vom Personal erwartet werden und bei den Patienten die Fähigkeit zur Selbstbestimmung nicht entwickelt wird.

Auf den Stationsgesprächen (Pflegepersonal, Psychologen, Ärzte) werden meist herausragende Vorkommnisse und außergewöhnliche Episoden geschildert und diskutiert. Der Alltag des Stationslebens steht kaum zur Debatte, obwohl viele Pfleger berichten, daß sie gerade bei alltäglichen, immer wiederkehrenden Problemen die größten Schwierigkeiten haben.

Die Überlegung, Beobachtungen oder gar das gesamte Experiment auf den Stationen durchzuführen mußte fallengelassen werden. Es zeigte sich, daß die Anwesenheit fremder Personen für viele Patienten und Pfleger auch noch nach 14 Tagen so interessant und außergewöhnlich war, daß die Interaktionen und die Kommunikation stark beeinflußt waren.

Die einzelnen Stationen unterschieden sich in den Anforderungen an das Personal erheblich. Dies muß bei der endgültigen Auswahl der Problemsituationen insofern beachtet werden, als nicht Verhaltensschwierigkeiten für Modellfilm und Referat ausgewählt werden dürfen, die nur

für den Umgang mit einer ganz speziellen Patienten-
gruppe zutreffen. Es müssen Verhaltenskonflikte aufge-
griffen werden, deren Auftreten in allen Bereichen ei-
nigermaßen wahrscheinlich ist.

Die Praktikanten kamen aufgrund ihrer Beobachtungen und
Gespräche zu einer ersten Liste von Problemen, die ihnen
Stationsablauf am wichtigsten erschienen. Die Probleme
bezogen sich alle auf das Verhältnis Pflegepersonal -
Patient. Es ergaben sich für Pfleger und Pflegerinnen
Schwierigkeiten,

- die Passivität von Patienten zu überwinden,
- die Selbstständigkeit von Patienten zu fördern,
- auf ängstliche, distanzlose oder depressive Patienten
einzugehen,
- Kontakte unter Patienten zu fördern,
- auf Ungepflegtheit oder Unordnung adäquat zu reagieren,
- Verantwortung auf Patienten zu übertragen.

Der Bereich 'Verhältnis der Mitarbeiter untereinander'
oder 'Mitarbeit im Team' tauchte in den Beobachtungen
nicht als Problem auf.

3.1.2.2. Befragung von Krankenpflegern in der Ausbildung

Die mündliche und schriftliche Befragung innerhalb der
Krankenpflegeschule hatte das Ziel die Erfahrungen aus
dem Praktikum zu überprüfen und zu erweitern, sowie eine
Hierarchisierung der Problembereiche zu leisten. Zusätz-
lich sollten Einschätzungen zu Ausbildungsfragen und
Vorschläge für Verhaltensweisen in problematischen Si-
tuationen gesammelt werden. Die Gespräche fanden jeweils
im Rahmen des Unterrichts und in Räumen der Ausbildungs-
schule statt.

Erstes Gespräch

Das erste Gespräch sollte als 'warming-up' Phase in

Form einer lockeren Diskussion vor allem dem Kennelernen der Ausbildungsklasse dienen. Inhaltlich wurden dabei vier Hauptbereiche angesprochen:

Der Stationsablauf sollte ganz konkret beschrieben werden. Dazu gehörten der alltägliche Tagesablauf, Dauer und Bevorzugung von bestimmten Tätigkeiten, die Selbstversorgung der Patienten usw.

Das Verhältnis des Pflegepersonals zum Patienten war von besonderem Interesse. Zum einen waren die tatsächlichen und die angestrebten Möglichkeiten der Beschäftigung mit dem Patienten und zum anderen die konkreten Schwierigkeiten in der Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten wichtig.

Zusätzlich sollte nach der Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern gefragt werden. Abgezielt wurde dabei auf Arbeitsteilung, unterschiedliche Vorstellungen über Behandlungskonzepte, Informationsfluß zwischen Mitarbeitergruppen und die Interaktion zwischen Mitarbeitern.

Der letzte Diskussionsbereich betraf die Ausbildung innerhalb der Krankenpflegeschule und auf den einzelnen Stationen. Erwünscht waren Aussagen über die Vorbereitung auf den therapeutischen Umgang, den Bezug zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung und die Priorisierung der Ausbildungsinhalte.

Die Durchführung der Diskussion verlief schwieriger als erwartet. Die Interviewer (zwei Psychologiestudenten und Autor) stellten sich als Psychologiestudenten vor und erklärten die Versuche, die in der Schule stattfinden sollten.

Ziel sei die Reformierung des Unterrichts, um eine bessere Vorbereitung auf die Praxis zu gewährleisten. Voraussetzung für die Versuchsplanung seien konkrete Kenntnisse der alltäglichen Tätigkeitsanforderungen auf der Station.

Es wurde versichert, daß Berichte über Vorkommnisse und die Arbeit auf der Station nicht bewertet oder an Dritte weitergegeben würden.

Mit Einverständnis der Diskussionsteilnehmer wurden schriftliche Notizen gemacht.

Das Gespräch verlief trotz dieser Einführung sehr unbefriedigend und relativ ergebnislos. Dies hatte vermutlich folgende Gründe:

- Vorerfahrungen mit Psychologen führten zu Voreingenommenheit ("die wissen doch alles besser!").
- Unser Anliegen, ganz alltägliche (in Augen der Krankenpfleger uninteressante) Abläufe des Stationslebens zu erfahren, erschien den meisten absurd. Stattdessen wurden herausragende (in Augen der Krankenpfleger interessante) Begebenheiten erzählt.
- Die Diskussion wurde auf Seiten der Auszubildenden von zwei bis drei dominierenden Klassenmitgliedern bestimmt. Die übrigen beteiligten sich selbst bei direkten Fragen kaum an der Diskussion.
- Es bestanden Hemmungen, über eigene Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten zu berichten, da diese wohl als persönliches Versagen attribuiert wurden.

Trotzdem konnten aus der Diskussion einige Ergebnisse festgehalten werden;

Die Motivation, in der Psychiatrie zu arbeiten, wurde mit persönlichen Vorerfahrungen und persönlichem Interesse begründet. Im Unterschied zum 'normalen' Krankenhaus sei die Anonymität geringer und ein längerfristiger Kontakt und somit der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten möglich.

Die Einstellung zum psychisch Gestörten und den behandelnden Institutionen habe sich durch die praktische Arbeit verändert (die betreffende Klasse befand sich schon im 3. Ausbildungsjahr).

Es wurde berichtet, daß die Behandlungsmöglichkeiten durchweg positiver gesehen würden und Vorurteile abgebaut worden seien.

Diese Aussage unterstützt die Ergebnisse, die die starke Wirkung praktischer Erfahrungen in psychiatrischen In-

stitutionen betonen (WRIGHT & KLEIN 1966; CLARK & BINKS 1966; FOSTER 1974).

Die Ausbildung wurde als zu theorielastig und die vermittelten Kenntnisse als zum Teil überflüssig beschrieben. Der ständige Wechsel der Stationen in der praktischen Ausbildung wurde als Hindernis einer effektiven Arbeit mit einzelnen Patienten angesehen.

Das Verhältnis zu den Mitarbeitern wurde insgesamt als sehr unproblematisch beschrieben.

Auch die Mitwirkungsmöglichkeiten in einzelnen Gremien sei ausreichend.

Zweites Gespräch

Dieses zweite Gespräch sollte dadurch effektiviert werden, daß der Klassenverband in kleinere Diskussionsgruppen aufgeteilt wurde. Es diskutierten jeweils ein Interviewer und 3 - 4 Klassenmitglieder aus dem gleichen Stationsbereich.

Außerdem wurden die Fragen konkreter ausgearbeitet und gezielter gestellt. Zusätzlich wurde ein schriftlicher Fragebogen erarbeitet, der am Ende der Diskussion vorgelegt wurde (Fragebogen und Diskussionsleitfaden im Anhang). Die Aufteilung in kleinere Diskussionsgruppen hatte das Ziel, eine offene Aussprache zu ermöglichen, die Redehemmungen abzubauen und näher auf arbeitsbereichsspezifische Fragen einzugehen.

Der Fragebogen umfaßte noch einmal alle schon mündlich angesprochenen Bereiche und sollte dadurch, daß in einigen Fragebereichen eine Priorisierung gefordert wurde, eine Problemhierarchisierung erleichtern. Der Fragebogen enthielt Items aus folgenden Bereichen:

- Definition der Hauptaufgaben des Pflegepersonals.
- Zeitliche Verteilung der verschiedenen Aufgaben.
- Subjektiver Schwierigkeitsgrad der einzelnen Tätigkeiten.

- Vorlieben für bestimmte Aufgaben.
- Kontakt und Verständnis mit dem übrigen Betreuungspersonal.
- Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen.
- Unangenehme Situationen im Umgang mit Patienten.
- Reaktionsweisen auf auffällige Patienten.

Die Durchführung des Gespräches bestätigte unsere Erwartungen. Die einzelnen Diskussionsrunden verliefen wesentlich reger und unter Beteiligung aller Teilnehmer. Die Fragen wurden wesentlich offener beantwortet und der Fragebogen bereitwillig am Ende der Diskussion ausgefüllt. Die Ergebnisse der Diskussionen und der Fragebogen wurden nicht quantitativ ausgewertet und die gewonnenen Erfahrungen gemeinsam qualitativ ausgearbeitet. Als Fazit aus den angesprochenen Problembereichen ergab sich:

Im sehr regelmäßigen Tagesablauf übernehmen die Patienten schon eine Anzahl von Selbstversorgungsmaßnahmen, was als Erfolg gewertet wird.

Als Hauptaufgabe und bevorzugte Tätigkeiten werden alle möglichen Formen des Umgangs mit den Patienten gesehen: gemeinsam etwas unternehmen, Gespräche über Probleme führen, Therapiemaßnahmen durchführen usw.

Die tatsächlichen Aufgaben sehen aber anders aus: häufig stehen Büroarbeiten, Organisationsaufgaben und pflegerische Tätigkeiten im Vordergrund. Die therapeutische Tätigkeit kommt dann zu kurz.

Das Verhältnis zum Patienten sollte nach Ansicht der Auszubildenden aktivierend und selbstständigkeitsfördernd sein. Die anfangs anfallende Mehrarbeit (es ist leichter einen Patienten schnell anzuziehen, als ihm beizubringen, wie er sich selbst ankleiden kann), wird gern in Kauf genommen und zahlt sich erfahrungsgemäß später aus.

Als Hauptziel der Krankenpflegearbeit wird die Schaffung eines repressionsfreien Milieus und des persönlichen

Zugangs zum Patienten bezeichnet. Die Schaffung dieses Vertrauensverhältnisses wird als das schwierigste Problem angesehen, da sich Patienten oft isolieren, nicht ansprechbar sind oder sehr schwer in ihrer Lethargie und Passivität zu eigenständigen Aktivitäten zu motivieren sind.

Als mögliche Verhaltensweisen werden Lob, Belohnungen, Körperkontakte usw. angesehen. Grundvoraussetzung dafür ist ein intensiver persönlicher Kontakt zum Patienten, der stets das Interesse des Pflegers spüren muß. Bestraft wird sehr selten und nur nach Absprache mit anderen Kollegen.

Das Verständnis älterer Kollegen ist nicht immer gegeben. Viele ältere Pfleger sehen Ruhe, Ordnung und Sauberkeit immer noch als Ideale des Stationslebens an, so daß es öfters zu Konflikten kommt, wenn jüngere Pfleger sich lieber mit Patienten beschäftigen wollen, als Putzdienst auf der Station zu machen. Gemeinsames Vorgehen, z.B. in der ÖTV - Gewerkschaftsgruppe, habe aber in vielen Fällen schon geholfen.

Als Ergebnis dieses zweiten Gespräches ließ sich festhalten, daß die Mitarbeit im Team für Krankenpfleger kein ins Gewicht fallendes Problem darstellt, wohingegen sich die Arbeit mit den Patienten schwieriger gestaltet.

Das Verhältnis zu anderen Mitarbeitern wurde daher im Rahmen der vorliegenden Arbeit als ein mögliches Problem der Ausbildung und als möglicher experimenteller Ansatzpunkt fallengelassen.

Weitere Gespräche mit älteren berufserfahrenen Krankenpflegern und berufsverwandten Experten sollten sich daher nur noch auf das Verhältnis Pflegepersonal - Patienten beziehen.

Als Fazit der Gespräche mit Auszubildenden in der Psychiatrie kann man feststellen, daß Probleme vor allem da bestehen, wo

- Patienten auffälliges Verhalten zeigen,
- persönliche Gespräche über Probleme des Patienten zu

- führen sind,
- ein Vertrauensverhältnis zum Patienten hergestellt werden muß,
 - der Patient motiviert und aktiviert werden muß.

Die Verhaltensweisen, die dem jeweiligen Pflegeschüler zur Verfügung stehen, werden nach eigenen Aussagen rehabilitativen Zielen nicht gerecht und eher durch Kriterien wie mangelnde Vorbereitung, persönliche Unsicherheit, Personalmangel oder Zeitdruck bestimmt.

3.1.2.3. Gespräch mit Fortbildungsreferenten für Krankenpfleger

Vom Bildungszentrum Essen werden auf allen Bereichen der medizinischen Pflege Fortbildungslehrgänge für Krankenpflegepersonal angeboten. Unter anderem gibt es ein gutes Angebot für Pfleger, die in der Psychiatrie arbeiten.

Zwei Referentinnen des Sektors Psychiatrie, die aufgrund ihrer Arbeit einen guten Überblick über die Situation verschiedener Landeskrankenhäuser haben, erklärten sich freundlicherweise zu einem Gespräch bereit.

Wir informierten über unser Vorhaben, den Unterricht in der Krankenpflege durch Erprobung besserer Methoden so zu gestalten, daß Krankenpfleger auch auf der Verhaltensebene auf den rehabilitativen Umgang mit Patienten vorbereitet seien.

Die Referentinnen bestätigten die Wichtigkeit von Veränderungen in diesem Bereich, wobei sie darauf hinwiesen, daß der jeweilige Ausbildungsstand und die rehabilitativen Fähigkeiten des Personals von Krankenhaus zu Krankenhaus doch variierten.

Am dringlichsten sei ihrer Ansicht nach die Vorbereitung auf ganz banale alltägliche Situationen des Stationslebens. Als Beispiele nannten sie:

- Der Patient will nicht an der Selbstversorgung der

Station teilnehmen,

- der Patient will sich nicht unterhalten,
- der Patient will nicht zur Beschäftigungstherapie.

Gerade diese Probleme würden meist für zu banal gehalten, um den Auszubildenden speziell darauf vorzubereiten, seien aber auf der anderen Seite die entscheidenden Schlüsselsituationen innerhalb des therapeutischen Milieus einer Station.

Nur wenn Krankenpfleger in diesen Situationen richtig reagierten, sei eine Aktivierung der Patienten als Voraussetzung jeder Rehabilitationsmaßnahme möglich. Fehlverhalten in diesen Situationen (z.B. Inkonsequenz, Verhaltensunsicherheiten, Nichtbeachten von positiven Ansätzen) würde sich sehr negativ auszahlen.

In diesem Zusammenhang wiesen die Fortbildungsreferentinnen darauf hin, daß es sehr wichtig sei, die grundlegenden Prinzipien und Fertigkeiten der VT an das Krankenpflegepersonal zu vermitteln, wobei dies natürlich nicht zu dem Versuch führen dürfe, aus Krankenpflegern Psychologen oder Beschäftigungstherapeuten zu machen.

Grundlagenkenntnisse und Grundlagenfertigkeiten seien jedoch unabdingbare Voraussetzungen für jede Reform der Psychiatrie.

3.1.2.4. Gespräch mit berufserfahrenen Pflegern aus Lengerich

Die entscheidenden Schritte in Richtung einer Hierarchisierung der für Pfleger bestehenden Probleme und einer Sammlung von adäquaten Verhaltensweisen zum Lösen dieser Konflikte oder Problemsituationen erbrachten Gespräche mit berufserfahrenen Krankenpflegern aus Lengerich.

Diese Pfleger, die schon mehrfach an Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen hatten, besaßen Grundlagenkenntnisse in VT und hatten sehr konkrete Vorstellungen darüber entwickelt, wie rehabilitatives Verhalten in kon-

kreten Situationen aussehen kann. Sie berichteten ganz offen über Situationen, die sie als schwierig erlebten, und in denen sie oft nicht wüssten, wie sie sich verhalten sollten. Sie hatten keine Hemmungen über diese Schwierigkeiten aus der Praxis zu berichten, da sie im Gegensatz zu jüngeren Kollegen diese Unsicherheiten nicht individualisierten, sondern extern attribuierten. Beispiele aus der aufgestellten Problemliste sind:

- Ein Patient will seine Medikamente nicht nehmen.
- Ein Patient will sich nicht waschen.
- Ein Patient will einen Dienst nicht erledigen.
- Ein Patient will nicht zur Arbeitstherapie.
- Ein Patient will Geld abholen, wenn die Bank nicht geöffnet hat.

Insgesamt schälten sich zwei Kategorien heraus, denen alle diese Probleme zugeordnet werden konnten:

1. Ein Pfleger will etwas erreichen, was der Patient nicht will.
2. Ein Patient fordert etwas vom Pfleger.

Eine Gewichtung der beiden Problembereiche ergab eine eindeutige Priorität des ersten Bereiches. Forderungen der Patienten spielen gerade wegen der Lethargie und Passivität kaum eine Rolle. Problemsituationen dieser Art wurden daraufhin von der weiteren Diskussion ausgeschlossen.

Eine wichtige Prämisse der weiteren Gespräche zu Situationen der ersten Kategorie, in denen der Pfleger vom Patienten etwas fordert, war, daß dies auch sinnvoll sein müsse, d.h. rehabilitativen Zielen dienen müsse. Dies konnte nur dadurch gewährleistet werden, daß Forderungen jeder Art entweder durch Beschlüsse in Stationsgesprächen, an denen der Patient beteiligt war, oder durch Vereinbarungen zwischen Patient und Pfleger abgesichert sein sollten. Dies mußte auch später bei der Erstellung der Versuchsmaterialien berücksichtigt werden.

Eine Sammlung von Reaktionsmöglichkeiten zu bestimmten Situationen, die zusammen mit den Pflegern erarbeitet wurde, überprüften wir anhand folgender Kriterien auf ihre Eignung:

- Wird der Patient als Partner angesehen und behandelt?
- Ist der Patient durch das Pflegerverhalten überfordert?
- Nützt die Pflegeraktion einem übergeordneten rehabilitativem Ziel (aktiviert sie den Patienten, befähigt sie den Patienten zu größerer Selbstversorgung usw.)?
- Ist das Pflegerverhalten innerhalb der Institution ohne Schwierigkeiten durchführbar?

Auf konkreter Verhaltensebene beinhalten die Verhaltensweisen, die diesen Kriterien genügten, eine Reihe von Verhaltensprinzipien, die allen oder vielen der Reaktionen gemeinsam sind und den positiven Gehalt ausmachen:

- Man geht auf den Patienten und seine Bedürfnisse ein.
- Man bietet sich dem Patienten als Gesprächspartner an.
- Bei Schwierigkeiten fragt man nach den Gründen des Patienten.
- Anweisungen und Aufforderungen werden stets begründet.
- Im Gespräch bleibt man ruhig.
- Man versucht den Patienten zu motivieren.
- Für erwünschtes Verhalten werden Belohnungen in Aussicht gestellt.
- Besondere Leidenschaften und Vorlieben des Patienten werden als Verstärker eingesetzt.
- Man soll sich konsequent zurückhalten, wenn der Patient lernen soll, etwas selbst zu tun.

Abschließend muß festgehalten werden, daß diese Prinzipien nicht in jeder Situation zu verwirklichen sind, da Sachzwänge und die Individualität manchmal einschränkend oder modifizierend wirken können.

3.1.2.5. Zusammenfassung der abgeleiteten Probleminhalte und der entsprechenden Verhaltensprinzipien

Nach den Gesprächen mit Psychologiepraktikanten, berufserfahrenen Krankenpflegern und Fortbildungsreferenten, und der schriftlichen und mündlichen Befragung von Auszubildenden in der Psychiatrie, wurde der Bereich

- Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern

als nicht relevant und problematisch eingeschätzt und ausgeschlossen. Der Bereich

- Umgang des Pflegepersonals mit dem Patienten

konnte als derjenige bestimmt werden, der die größten Schwierigkeiten bereitet.

In den beiden Experimenten werden im Referat bzw. im Modellfilm konkrete Verhaltensalternativen zu Problemen aus diesem Bereich angeboten. Aus dem Unterbereich

- der Pfleger stellt an den Patienten eine Anforderung,

der am häufigsten auftaucht und für den Pfleger am schwierigsten zu bewältigen ist, konnten drei generalisierte Situationen abgeleitet werden:

- der Pfleger will den Patienten veranlassen, etwas selbstständig zu machen (je nach Fähigkeit: sich selbst waschen, anziehen, rasieren, einkaufen gehen, Geld abholen usw.),
- der Pfleger will, daß der Patient einen abgemachten Dienst der stationären Selbstversorgung erledigt (Essen herrichten, abwaschen, aufräumen usw.),
- der Pfleger will, daß der Patient an einer gemeinsamen therapeutischen Aktivität teilnimmt (Stationsgespräch, Arbeitstherapie, gemeinsamer Ausflug usw.).

Die Verhaltensprinzipien, die der Pfleger verwirklichen muß, sind:

- er muß auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen,
- er muß als Gesprächspartner ständig ansprechbar sein,
- Anforderungen und Anweisungen müssen stets begründet werden,
- es dürfen nur Aktivitäten gefordert werden, die gemeinsam abgesprochen und vereinbart wurden,
- erwünschte Verhaltensweisen sollen verstärkt werden,
- unerwünschte Verhaltensweisen sollten möglichst nicht beachtet werden,
- sowohl Lob und Verstärkung als auch Nichtbeachtung müssen konsequent eingesetzt werden,
- Strafe sollte nicht angewendet werden,
- jede Maßnahme sollte dem Patienten helfen, einen Schritt in Richtung Selbstständigkeit und Rehabilitation zu machen.

Die Operationalisierung der in Referat bzw. Film darzustellenden Problemsituationen und entsprechenden Verhaltensvorschlägen in Anlehnung an diese Prinzipien erfolgt jeweils im Rahmen der Versuchsbeschreibung des ersten und zweiten Versuchs.

3.1.3. Allgemeine Bedingungen der Versuchsrealisierung

Wie schon mehrfach erwähnt, soll in den beiden Experimenten die Effektivität des Modelllernens mit der Effektivität eines Vortrages bzw. Referats verglichen werden. Als Medium der Modellinformation wurde der Film ausgesucht. Innerhalb des Unterrichtsrahmens, in dem die Experimente stattfinden, und für den diese neue Methode überprüft wird, ist der Videofilm die praktikabelste Lösung, da sowohl das Drehen, als auch das Vorführen von Filmen mit Videogeräten am einfachsten zu bewerkstelligen ist.

Der Videofilm hat darüberhinaus den Vorteil, daß von vornherein sehr einfach Bandkopien hergestellt werden können, die im Falle einer technischen Panne bei den Originalbändern zum Einsatz kommen können.

Da in Lengerich der Einsatz von Videofilmen bisher nicht üblich war, dürfte die Vorführung des Filmes eine gewisse aufmerksamkeitssteigernde Wirkung haben.

Diese aufmerksamkeitssteigernde Wirkung wird jedoch wohl auch durch einen realen V1 erreicht, der das Referat vorträgt. Wichtige Voraussetzung dafür ist, daß die Instruktionen, die den verschiedenen Vpn zu den unterschiedlichen Zeitpunkten gegeben werden, in den zentralen Punkten gleich sind.

Auch die verbalen Codes, die als abstrahierte Verhaltensregeln zur besseren Strukturierung der gebotenen Inhalte vermittelt werden sollen, müssen gleich deutlich auf Tafeln dargeboten werden.

Bei der genauen Versuchsplanung und -durchführung muß weitgehend von den konkret zur Verfügung stehenden Bedingungen innerhalb der Krankenpflegeschule ausgegangen werden.

Versuchsräume standen in ausreichender Anzahl zur Verfügung.

Der zeitliche Umfang der einzelnen experimentellen Schritte war durch die uns freundlicherweise zur Verfügung gestellte Unterrichtszeit bestimmt.

Insofern musste die Planung der beiden Experimente, was Länge des Films bzw. Referats, Umfang von Fragebogen und Diskussionen angeht, diese Faktoren berücksichtigen.

Auch die Frage, ob die Experimente als Längs- oder Querschnittuntersuchungen angelegt werden sollten, wurde vor allem von situativen Gegebenheiten entschieden. Obwohl eine Längsschnittuntersuchung vielleicht besser Auskunft über die zeitliche Stabilität von Modell- bzw. Referateinflüssen gegeben hätte, hätte der Stationswechsel der einzelnen Vpn, die schulischen Einflüsse und die praktischen Erfahrungen der Stationsarbeit die Auswirkungen des experimentellen Treatments vermutlich verdeckt.

Im ersten Versuch fand jedoch nach vier Wochen eine Nachuntersuchung statt, so daß wenigstens drei Meßzeitpunkte vorlagen (t_1 : Baseline, t_2 : nach dem experimentellen Treatment, t_3 : vier Wochen nach dem experimentellen Treatment).

Dies ließ zumindest eine Betrachtung der Veränderung über die Zeit hinweg zu, wenn auch keine Zeitreihenanalyse im strengen Sinn (zur Problematik von Veränderungsverläufen s. KNOFF & PETERMANN 1977 a, b; PETERMANN & HASSLINGER 1977).

Die konkreten Angaben zur Versuchsplanung und -realisierung finden sich unter dem jeweiligen Abschnitt der Beschreibung des ersten bzw. zweiten Experimentes.

3.1.4. Allgemeine Versuchsannahmen

Aufgrund der bisherigen Erörterungen lassen sich allgemeine Erwartungen über den Ausgang der Experimente anstellen:

1. Sowohl ein Modellfilm als auch ein Vortrag über rehabilitationsorientiertes Verhalten erhöhen bei beobachtenden bzw. zuhörenden Krankenpflegern die Fähigkeit zu rehabilitationsförderndem Verhalten. Diese Fähigkeit wird nach dem experimentellen Treatment in den Experimentalgruppen signifikant höher sein, als in Kontrollgruppen, die weder den Modellfilm noch das Referat sehen.
2. Der Modellfilm wird signifikant bessere Ergebnisse bewirken als der Vortrag, da komplexe Kommunikations- und Verhaltensmuster auf einer verhaltensbezogenen und anschaulichen Ebene besser vermittelt werden können.

3.2. Der erste Versuch

Schon das erste der zwei geplanten Experimente kann aufgrund der Vorarbeiten als Entscheidungsexperiment mit gerichteten Hypothesen durchgeführt werden.

Wie schon ausgeführt, wird erwartet, daß sich das Modelllernen bei der Vermittlung komplexer Verhaltensstrukturen (rehabilitationsförderndes Verhalten von psychiatrischen Krankenpflegern) dem üblichen Vortrag oder Referat als überlegen erweist.

3.2.1. Auswahl der Problemsituationen

Entsprechend den abgeleiteten Problembereichen wurden in Absprache mit Psychologen des WLK Lengerich und erfahrenen Krankenpflegern zu jedem Unterbereich je eine typische Konfliktsituation für die Modellfilmszenen ausgewählt:

- I. Der Pfleger will den Patienten veranlassen, etwas selbstständig zu tun:
Der Patient will sich morgens nicht allein ankleiden.
- II. Der Pfleger will, daß der Patient einen vereinbarten Dienst der stationären Selbstversorgung erledigt:
Ein Patient will nicht den Spüldienst erledigen.
- III. Der Pfleger will, daß der Patient an einer gemeinsamen therapeutischen Aktivität teilnimmt:
Der Patient will nicht am Stationsgruppengespräch teilnehmen.

Zu jeder dieser Problemsituationen wurde das adäquate, d.h. rehabilitationsorientierte Krankenpflegerverhalten nach den festgelegten Verhaltensprinzipien abgeleitet. Einbezogen wurden jeweils auch die Realisierungsmöglichkeiten in Abhängigkeit von den äußeren Umständen auf der Station.

Zu I: Der Patient soll sich alleine ankleiden.

Modellverhalten: Der Pfleger sollte in dieser Situation vor allem an verhaltenstherapeutischen Richtlinien ausgerichtete Prinzipien befolgen. Er sollte

- seine Forderung, daß sich der Patient alleine anziehen soll, begründen,
- dem Patienten nicht direkt helfen,
- schon kleine Erfolge beim Anziehen aufgreifen und verstärken,
- für den Gesamterfolg eine Belohnung in Aussicht stellen,
- ruhig und durchgehend konsequent bleiben,
- ablenkende Aktionen nicht beachten.

Zu II: Der Patient soll seinen Spüldienst erledigen.

Modellverhalten: Der Pfleger sollte sich auch in dieser Situation weitgehend verhaltenstherapeutisch verhalten. Er sollte

- an die Vereinbarung erinnern und somit seine Forderung begründen,
- eine Belohnung in Aussicht stellen,
- konsequent nicht selbst helfen,
- nicht andere Patienten helfen lassen.

Zu III: Der Patient soll am Stationsgruppengespräch teilnehmen.

Modellverhalten: In dieser Situation hat der Pfleger vor allem gesprächspsychotherapeutisches Verhalten zu realisieren. Er sollte

- dem Patienten Verständnis und Interesse vermitteln,
- die Bedürfnisse und Gefühle des Patienten erfragen,

- die Bedeutung des Stationsgruppengesprächs für den Patienten erläutern,
- die potentiellen Einwirkungsmöglichkeiten herausstellen,
- dem Patienten Unterstützung für sein Anliegen zusichern.

Die Drehbücher für die Modellfilmszenen und das Referat müssen an diesen Verhaltensvorschlägen, die sinnvoll sind und an konkreten Problemen ansetzen, orientiert sein.

3.2.2. Versuchsplan

Überprüft werden soll die Effektivität zweier Lehrmethoden: des Modellernens und des Referates.

Prinzipiell wäre eine solche Fragestellung auch durch Einzelfallbetrachtungen zu überprüfen, die sehr gut geeignet sind, individuelle Lernverläufe zu erfassen (PETERMANN 1978). Nicht gewährleistet wäre jedoch bei einer einzelfallanalytischen Veränderungsbetrachtung die externe Validität und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

Zusätzlich sprechen noch andere Gründe gegen die Durchführung eines Zeitreihenexperimentes. Die Einflüsse, die durch die tägliche Stationsarbeit, Kontakte mit anderen Kollegen und die Teilnahme an Schulunterricht und Besprechungen auf die Vpn zukämen, würden die experimentellen Einflüsse stark verfälschen.

Aus diesen Gründen wird das experimentelle Design als Kontrollgruppenanordnung in Anlehnung an ein experimentelles Design von CAMPBELL & STANLEY (1963) gestaltet.

Ausgegangen wird vom klassischen Vortest - Nachtest Kontrollgruppendesign:

R	O ₁	X	O ₂	R = Randomisierung
				O = Messung
R	O ₃		O ₄	X = Experimentelles Treatment

Durch diese Versuchsanordnung sind Reifungseffekte ('maturation'), Testeffekte ('testing') und Ereignisse während des Experiments ('intrasession history') als Variablen, die die interne Validität beeinflussen können, zu kontrollieren, da die Gruppen von diesen Bedingungen in gleicher Weise betroffen sind.

Einflüsse, die durch die notwendigerweise gleichzeitige Versuchsdurchführung entstehen (unterschiedliche Vl, unterschiedliche Versuchsräume usw.), sind durch dieses Design jedoch nicht zu kontrollieren.

Daher werden in Anlehnung an den Vier-Gruppen-Plan nach SOLOMON (1949; zit.n. CAMPBELL & STANLEY 1963, S. 24) zusätzliche Kontrollgruppen eingeführt. Durch diese Kontrollgruppen werden auch die Auswirkungen der Baseline, die zur Bestimmung des Veränderungsbetrages notwendig ist, kontrolliert.

Im schematischen Überblick sieht der Versuchsplan folgendermaßen aus:

Versuchsgruppen	Vorher t_1	Experiment. Treatment	Nachher t_2	n.4 Wochen t_3
Exp. Grup. I	Baseline	Film Diskussion	1.Nachtest	2.Nachtest
Exp. Grup. II	Baseline	Referat Diskussion	1.Nachtest	2.Nachtest
Kontr. Gr. I	Baseline			2.Nachtest
Kontr. Gr. II				2.Nachtest

Abb. 3: Schematischer Überblick über den Versuchsplan des 1. Experiments

Die Versuchsdurchführung sieht also folgendermaßen aus:

Die Experimentalgruppen (Exp. Grup. I: Modellfilm; Exp. Grup. II: Referat) und eine Kontrollgruppe (Kontr. Grup. I) werden dem Vortest unterzogen.

Die beiden Experimentalgruppen erhalten daraufhin das experimentelle Treatment und werden anschließend dem ersten Nachtest unterzogen.

Den zweiten Nachtest nach vier Wochen absolvieren beide Experimentalgruppen und beide Kontrollgruppen.

3.2.3. Versuchsmaterialien

Das wichtigste Material für das experimentelle Treatment sind die Modellfilmszenen und das Referat.

3.2.3.1. Der Modellfilm

Bei der Diskussion optimaler Modelllernbedingungen wurden wichtige Faktoren für die Realisierung des Videofilms festgehalten:

- es sollten mehrere Modelle verwendet werden,
- der Realitätsgrad der Szenen soll hoch sein,
- Erfolge des Modellverhaltens sollen deutlich erkennbar sein,
- der Inhalt soll gut strukturiert und differenzierbar sein,
- es sollen 'advanced organizers' angeboten werden, die die kognitive Speicherung der Inhalte vereinfachen können,
- die Modelle sollen kompetent erscheinen.

Bei der Abfassung des Drehbuches für die drei ausgewählten Problemsituationen

- ein Patient will sich nicht alleine ankleiden

- ein Patient will nicht spülen
- ein Patient will nicht am Stationsgruppengespräch teilnehmen

sind diese Kriterien zu berücksichtigen.

Der Realitätsgrad der Modellinhalte ist dadurch gewährleistet, daß die Erstellung einer Problemhierarchie und die Auswahl der drei konkreten Situationen, in denen sich diese Probleme zeigen, sowie die Ausarbeitung des adäquaten und durchsetzbaren Pflegerverhaltens, in Zusammenarbeit mit jüngeren und berufserfahreneren Krankenpflegern aus Lengerich durchgeführt wurden.

Wie schon erwähnt, erwiesen sich direkte Beobachtungen auf der Station als undurchführbar. Die gleichen Gründe verhindern auch ein Filmen auf der Station. Ein zusätzlicher Grund, die drei Szenen nicht auf der Station zu filmen, war die Befürchtung, daß die gewünschten Situationen nicht aufträten bzw. die Modelle in den Situationen nicht das gewünschte Verhalten zeigten.

Außerdem sollen im Film Zweieraktionen dargestellt werden, um deutlich differenzierbare Verhaltensmuster anzubieten. Auch diese Bedingung könnte im natürlichen Stationsablauf nicht realisiert werden.

Daher wurde für jede Szene ein Drehbuch abgefaßt. Für die Darstellung wurden Psychologiestudenten als Schauspieler gewonnen.

Die Drehbücher

Grundvoraussetzung in allen drei Szenen sind folgende Prinzipien:

- es wird betont, daß die Forderung des Pflegers früher mit dem Patienten abgesprochen wurde und dessen Zustimmung fand,
- das Bestreben, den Patienten zu fördern, soll in jedem Fall seine individuellen Eigenschaften berücksichtigen,

- der Erfolg des Modells im Film soll nicht übermäßig hoch sein, sondern in einem realistischen Rahmen dargestellt werden.

In Szene I, in der die Handlungsebene der Verbalebene gegenüber stärker gewichtet ist, wird angenommen, daß ein schwer gestörter Patient aus dem Rehabilitationsbereich sich nicht alleine anziehen will und vom Pfleger Hilfe erwartet. Es ist jedoch mit dem Patienten vereinbart worden, daß er sich allein ankleidet, da er motorisch dazu in der Lage ist. Der Pfleger darf dem Patienten in der gesamten Filmszene nicht direkt helfen. Er ermuntert den Patienten und stellt ihm als Belohnung einen Spaziergang in Aussicht, wenn er fertig angekleidet ist. Wichtig ist, daß er schon kleine Schritte in Richtung des erwünschten Verhaltens (z.B. Aufnehmen eines Kleidungsstückes) verstärkt. Der Erfolg des Pflegerverhaltens beruht darin, daß der Patient nach einiger Zeit, obwohl er auch mal wieder etwas auszieht, fertig angekleidet ist. Der Pfleger begibt sich daraufhin mit ihm zu dem versprochenen Spaziergang.

In Szene II, in der Verbal- und Handlungsteil etwa gleich gewichtet sind, wird angenommen, daß der Patient aus dem Suchtbereich kommt und wesentlich verbalisationsfähiger ist. Daher gewinnen in dieser Szene, in der der Pfleger den Patienten zur Erledigung des allgemein vereinbarten Spüldienstes motivieren will, gesprächspsychotherapeutische Variablen an Bedeutung.

Auch in dieser Szene wird eine Belohnung in Aussicht gestellt (gemeinsames Ansehen eines Fußballspiels). Der größte Teil der Szene besteht dann in der Diskussion über Rechte und Pflichten des einzelnen Stationsmitgliedes und der Erinnerung an die gemeinsame Verabredung des Stationsspüldienstes. Als Erfolg wird dargestellt, daß der Patient immer noch protestierend langsam mit dem Spülen beginnt.

In Szene III überwiegt eindeutig der Verbalteil. Ein

Patient aus dem Akutbereich hat keine Lust, am Stationsgruppengespräch teilzunehmen. Der Pfleger versucht seine Probleme zu erkennen und zu verstehen und erfragt daher die Gründe und Bedürfnisse des Patienten. Er zeigt dem Patienten dadurch Interesse und Verständnis. Er versucht den Patienten zur Teilnahme am Stationsgruppengespräch zu motivieren, indem er die Bedeutung der Mitarbeit des Patienten hervorhebt und auf die Wichtigkeit des Gespräches hinweist. Der Erfolg des Modellverhaltens wird insofern deutlich, als der Patient am Gespräch teilnimmt, und der Pfleger ihm seine Freude darüber mitteilt.

Die endgültige Abfassung der Drehbücher geschah nach Rücksprache und Diskussionen mit Pflegern und Psychologen des WLK Lengerich, die vor allem im Detail (Sprachverhalten der Patienten) sehr wertvolle Hinweise gaben (vollständiger Wortlaut der Drehbücher s. Anhang).

Die Filmodelle

Als Schauspieler für die Videoaufnahmen wurden interessierte Psychologiestudenten/innen ausgesucht. Grundsätzlich bestand auch die Möglichkeit Fachpfleger aus Lengerich einzusetzen. Dies hätte jedoch zwei Schwierigkeiten ergeben:

- Die Neutralität der Modelle wäre nicht mehr gegeben gewesen, da die Pfleger vermutlich einigen Vpn bekannt gewesen wären und anderen nicht. Dadurch hätten Variablen wie Sympathie oder Antipathie Einfluß bekommen.
- Die Verständigung über das intendierte Modellverhalten wäre aufgrund fehlender Kenntnisse der VT oder GT wesentlich schwieriger geworden als bei Psychologiestudenten, die durchweg schon eine abgeschlossene Therapieausbildung hatten.

Da festgestellt wurde, daß mehrere Modelle verwendet werden sollten, wurde für jede Rolle (je Szene: 1 Patient,

1 Pfleger) ein anderer 'Schauspielerstudent' genommen. Hinsichtlich des Alters und Geschlechts wurde auf die anzusprechende Schulklasse Rücksicht genommen. Die Studenten/innen waren alle zwischen 20 und 30 Jahre alt. Die Geschlechtsverteilung in den einzelnen Szenen war folgende:

Szene I : Pfleger und Patient weiblich,

Szene II : Pfleger und Patient männlich,

Szene III: Pfleger männlich, Patient weiblich.

Aufnahme der Filmszenen

Mit jedem Schauspieler wurde der Inhalt der zu drehenden Szene genau durchgesprochen. Die zu vermittelnden Verhaltensinhalte wurden zusammen mit den Schauspielern erarbeitet und die wichtigsten Verhaltensprinzipien sowohl des Pflegerverhaltens als auch des Patientenverhaltens festgehalten. Das Drehbuch wurde als Rahmen der Filmepisoden angesehen. Es wurde betont, daß nicht jedes Wort genau übernommen werden müsse, sondern eine natürliche und realistische Gestaltung wichtiger sei. Durch die theoretischen Kenntnisse und praktischen Therapieerfahrungen der Schauspieler war gesichert, daß auch die frei gestalteten Interaktionen und Dialoge den von uns erarbeiteten Verhaltensprinzipien entsprachen.

Jede einzelne Szene wurde 2 - 3 mal gedreht, bis eine zufriedenstellende Fassung, die nur noch geringfügig geschnitten werden mußte, erreicht war. Insgesamt wurde eine sehr natürliche Darstellung und akzeptable technische Qualität erreicht.

Ablauf des Films

In einem kurzen Vorspann wird die Außenfront eines Landeskrankenhauses gezeigt. Es wird erklärt, daß die Szenen von Krankenpflegern und Patienten nachgestellte,

aber tatsächlich geschehene Ereignisse beinhalten (genauer Text der Instruktionen s. Anhang). Vor jeder einzelnen Szene wird eine Tafel mit den Verhaltensprinzipien des in der folgenden Szene dargestellten Modellverhaltens eingeblendet und ein zusammenfassender Kommentar zu diesen Verhaltensrichtlinien gesprochen. Diese Schrifttafel wird nach der Szene noch einmal eingeblendet und der Erfolg des gezeigten Modellverhaltens betont. Folgendes Schaubild faßt den Ablauf des Filmes schematisch zusammen:

FILM	Ton	Bild
Allgem. Vorspann	Einführung	Außenfront eines LKH
Szenenvorspann	Situationsbeschr. Modellverhalten	Schrifttafel mit Verh. prinz.
Szene I	Interaktion Patient - Pfleger Patient will sich nicht ankleiden	
Szenennachspann	Betonung des Erfolges	Schrifttafel
Szenenvorspann	Situationsbeschr. Modellverhalten	Schrifttafel mit Verh. prinz.
Szene II	Interaktion Patient - Pfleger Patient will nicht spülen	
Szenennachspann	Betonung des Erfolges	Schrifttafel
Szenenvorspann	Situationsbeschr. Modellverhalten	Schrifttafel mit Verh. prinz.
Szene III	Interaktion Patient - Pfleger Patient will nicht an Gespräch teiln.	
Szenennachspann	Betonung des Erfolges	Schrifttafel

Abb. 4: Ablauf des Modellfilms für das 1. Experiment

3.2.3.2. Das Referat

Für die Exp. Grup. II wurde für das Treatment ein Referat geschrieben, das die gleichen Lerninhalte vermittelt, wie die Szenen des Modellfilms.

Dadurch ergibt sich die Möglichkeit des Vergleiches der Veränderungsdifferenzen von der Baseline zu den Nachtests, so daß auf die Effektivität der Lehrmethoden geschlossen werden kann, mit denen diese Inhalte vermittelt werden.

Dieses Referat steht beispielhaft für die üblichen Unterrichtsmethoden, mit denen versucht wird, frontal Wissen zu vermitteln, ohne auf die Umsetzung dieses Wissens in die konkrete Anwendungsebene einzugehen.

Die Länge des Referates beträgt ebenso wie die Dauer des Filmes ca. 20 Minuten (Wortlaut des Referates s. Anhang). Insgesamt ist die Darstellung des Referates abstrakter als die des Filmes, was bei einer verbalen Beschreibung komplexer Verhaltensinteraktionen zwangsläufig der Fall ist. Die konkrete Umsetzbarkeit der vorgestellten Verhaltensprinzipien kann jeweils nur an Beispielen und sehr unanschaulich verdeutlicht werden.

Vorgetragen werden vor allem allgemeine Probleme der intramuralen Versorgung, Fragen des Übergangs von der traditionellen verwahrlosten zur neueren rehabilitationsorientierten Psychiatrie, sowie Verhaltenskonflikte und Lösungsvorschläge, die für das Pflegepersonal interessant sind. Zusätzlich werden wichtige Verhaltensprinzipien zur Schaffung des therapeutischen Milieus vorgestellt.

3.2.3.3. Diskussionsplanung

Der Darbietung des Filmes bzw. des Referates soll jeweils in beiden Experimentalgruppen eine ca. 30 minütige Diskussion folgen, die in stark strukturierter Weise die zuvor dargestellten Verhaltensprinzipien zusammenfassen und

vertiefen soll. Diese Diskussion soll durch Einbeziehung der Erfahrungen der Vpn die Übertragbarkeit der vorgestellten Verhaltensmuster fördern und zur Erprobung in ähnlich gelagerten Konfliktsituationen motivieren.

Die starke Vorstrukturierung des Diskussionsverlaufs soll gewährleisten, daß die Diskussionen in beiden Experimentalgruppen gleich verlaufen.

Eine Auswertung der auf Tonband aufgenommenen Diskussionen soll nur unter qualitativen Aspekten vorgenommen werden und zur Planung des zweiten Experimentes dienen.

3.2.3.4. Konstruktion des Fragebogens

Wie schon oben ausgeführt, verbietet sich aus situativen Gründen der Einsatz der direkten teilnehmenden Beobachtung auf der Station als direkte Beurteilungsmethode der Verhaltensänderung, die durch den Modellfilm bzw. das Referat induziert wurden. Auch die nichtteilnehmende Beobachtung (Videoanlage, Einwegspiegel) ist aus technischen Gründen unmöglich.

Unabhängig von diesen Gründen kann ein Fragebogen, wenn er den Untersuchungsgegenstand genauso adäquat abbildet wie ein auf Beobachtung basierendes Verfahren, unter ökonomischen Aspekten durchaus der Beobachtung überlegen sein. Aus diesem Grund soll im ersten Experiment der Versuch gemacht werden, experimentell bedingte Lerneffekte durch Fragebogen zu erfassen.

Auf dem Gebiet der Psychiatrie liegen bezüglich des Pflegepersonals nur sehr wenige Fragebogen vor (eine Zusammenfassung der existierenden Fragebogen und etlicher Untersuchungen, in denen diese zur Anwendung kommen, stammt von RABKIN 1972).

In den USA haben vor allem folgende Fragebogen Bedeutung erlangt:

- die Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) von GILBERT & LEVINSON (1956),

- die Opinion about Mental Illness Scale (OMI) von COHEN & STRUENING (1962; 1964),
- die Staff Opinion Scale (SOS) von RICE, BERGER, KLETT & SEWALL (1966).

Vor allem die OMI fand bisher sehr häufig in Untersuchungen innerhalb psychiatrischer Institutionen Verwendung (ELLSWORTH 1965; CASSEL 1970; CLARK & BINKS 1966; FRACCHIA, SHEPPARD & MERLIS 1973; PRYER & DISTEFANO 1978).

Die CMI Skala, die aus nur 20 Items besteht, mißt die Dimension 'Verwahrungsorientierung' (custodialism) versus 'Humanismus' (humanism) als einzig ausschlaggebende.

Die aus 51 Items bestehende OMI Skala basiert auf der Messung von fünf Faktoren:

- Faktor A: Autoritarismus
(Authoritarianism)
- B: Soziales Wohlwollen
(Benevolence)
- C: Einstellung zu geistiger Gesundheit
(Mental Hygiene Ideology)
- D: Einstellung zu sozialen Beschränkungen
(Social Restrictivness)
- E: Ansicht über Krankheitsgenese
(Interpersonal Etiology)

Wie bei der CMI Dimension und den fünf Faktoren der OMI auffällt, sind beide Fragebogen streng einstellungsorientiert. Erfasst werden Einstellungen und Einstellungsveränderungen.

Die SOS erfaßt ebenfalls auf der Einstellungsebene spezifische Attitüden gegen bestimmte Einstellungsobjekte.

Der einzige Fragebogen, der in deutscher Fassung für psychiatrisches Krankenpflegepersonal vorliegt, ist der Einstellungsfragebogen für das Pflegepersonal (EFP) von LORENZEN & MOLL (1976).

Dieser Fragebogen, der aus 240 Items besteht und aus den übersetzten Items von insgesamt 11 amerikanischen Fragebogen konstruiert wurde, erfaßt 7 Dimensionen:

1. Einstellung zu den Vorgesetzten,
2. Einstellung zum Beruf bzw. zur Zufriedenheit im Beruf,
3. Einstellung zum kustodialen Pflege- und Behandlungsprinzip,
4. Einstellung zu psychischen Krankheiten,
5. Einstellung zur Institution des psychiatrischen Krankenhauses,
6. Einstellung zu psychisch kranken Menschen,
7. Einstellung zu modernen Behandlungsverfahren.

Abgesehen von methodischer Kritik, die diesen Test in Frage stellt (REY 1976), tritt auch hier das Problem auf, daß nur Einstellungen und Einstellungsveränderungen gemessen werden. Darauf weisen LORENZEN & MOLL auch selbst hin:

" Bei folgenden Fragestellungen könnte er zusätzlich zur Anwendung kommen:

1. Erfassung von Einstellungsänderungen des Pflegepersonals über einen längeren Zeitraum (z.B. vor und nach der Einführung eines neuen therapeutischen Konzeptes);
2. Vergleich verschiedener Pflegepersonalgruppen (Beamte - Angestellte, Pfleger - Schwestern usw.) hinsichtlich ihrer Einstellungen zum Berufsumfeld und Tätigkeitsbereich;
3. Vergleich des Autostereotyps des psychiatrischen Pflegepersonals mit verschiedenen Heterostereotypen (z.B. Pflegepersonal - Ärzte, Pflegepersonal - Verwaltungsangestellte, Pflegepersonal - Patienten usw.)." (LORENZEN & MOLL, 1976 S. 45).

Diese Konzeption macht auch den EFP für die vorliegende

Untersuchung unbrauchbar. Wie oben ausgeführt wurde, geht es darum, Verhalten zu modifizieren und nicht Einstellungen (vgl. 2.2.1.2.). Daher muß auch ein Meßinstrument möglichst nah an der Verhaltensebene ansetzen, wenn, wie im vorliegenden Fall, die Beobachtung konkreten Verhaltens nicht möglich ist.

Aus diesem Grund muß ein spezifischer Fragebogen entwickelt werden, der möglichst verbindliche Verhaltensabsichten erfragt. Dies soll dadurch gesichert werden, daß die Vpn sich für Verhaltensalternativen zu konkret und detailliert beschriebenen Situationen entscheiden müssen. Bei der Erarbeitung des Fragebogens ist die Beachtung folgender Bedingungen notwendig:

- um Testeffekte auszuschließen, sind drei Parallelformen notwendig (Baseline, 1. Nachtest, 2. Nachtest),
- die beschriebenen Problemsituationen und die Verhaltensalternativen, zwischen denen sich die Vpn zu entscheiden haben, müssen so anschaulich und konkret wie möglich dargestellt werden,
- die ausgewählten Problemsituationen müssen ebenso wie 'Filmsituationen' den tatsächlichen Problemen der betroffenen Krankenpfleger entsprechen, so daß für die Beantwortung eine reflektierte Entscheidungsbasis anzunehmen ist,
- die dritte Parallelform (2. Nachuntersuchung) soll zusätzlich Fragen zu real aufgetauchten Problemen und den angewendeten Bewältigungsstrategien enthalten; diese Fragen sollen auf bestimmte Problembereiche spezifiziert sein, um die Antwortwahrscheinlichkeit zu erhöhen,
- zu den Items, die konkrete Verhaltensabsichten erfragen, sollen jeweils einige einstellungsorientierte Items eingebaut werden, so daß eventuell Vergleichsmöglichkeiten zwischen den beiden Frageebenen gegeben sind.

Itemsammlung

Die zu sammelnden Items (Problemsituationen) und die Verhaltensalternativen dazu sollten etwa den im Film dargestellten und im Referat angesprochenen Problemszenen entsprechen, d.h. jedes Situationsitem sollte einem der drei Problembereiche

- der Patient soll etwas lernen,
- der Patient soll einen abgesprochenen Dienst erledigen,
- der Patient soll an einer therapeutischen Aktivität teilnehmen,

zuzuordnen sein.

Zu jedem dieser drei Situationstypen wurden also aus dem Material der Praktika, Gespräche und schriftlichen Befragungen je neun konkrete Problemsituationen ausgesucht, deren Auftauchen im Alltag ziemlich wahrscheinlich ist. Beispiele sind:

- Ein Patient will sich nicht alleine waschen.
(Bereich: ein Patient soll etwas lernen)
- Ein Patient will seinen Schrank nicht aufräumen.
(Bereich: ein Patient soll einen Dienst erledigen)
- Ein Patient will nicht an einem gemeinsamen Ausflug teilnehmen.
(Bereich: ein Patient soll an einer therapeutischen Aktivität teilnehmen)

Zu jeder dieser 27 Situationsschilderungen wiederum wurden jeweils 5 mögliche Verhaltensweisen erarbeitet, die entweder verwahrorientierten oder rehabilitationsorientierten Verhaltensprinzipien entsprechen.

Verwahrorientierte (= negative) Verhaltensalternativen wurden mit aufgenommen, um bestimmte Beantwortungstendenzen, wie z.B. die Ja-sage-Tendenz, aufzufangen.

Diese 'verwahr-formulierten' Items müssen dann in der Beantwortung entsprechend negiert werden, um rehabilita-

tionsorientiertes Verhalten zu zeigen. Beispiel:

Situation: Ein Patient hilft nicht beim gemeinsamen Kochen.

- a) Der Pfleger übernimmt schnell die Arbeit des Patienten.
(negativ = verwahrloset)
- b) Der Pfleger erklärt, daß ein gemeinsamer Urlaub möglich ist, wenn die Patienten gelernt haben, alleine zu kochen.
(positiv = rehabilitationsorientiert)

Auf diese Weise wurden 135 Reaktionsalternativen zu den 27 Situationen gewonnen und als rehabilitationsfördernd bzw. -hemmend klassifiziert.

Zur Überprüfung der Richtigkeit der Klassifizierungen wurden die 27 Problemsituationen und die zugehörigen 135 Reaktionsalternativen sechs Experten (Psychologen in psychiatrischen Institutionen, Unterrichtsschwestern in der Aus- und Fortbildung) vorgelegt. Die Experten wurden gebeten, die Verhaltensweisen als verwahr- oder rehabilitationsorientiert einzuschätzen und die praktische Anwendbarkeit zu bewerten. Es sollte jede Reaktion eindeutig zugeordnet werden.

In die endgültigen Fragebogen wurden nur die Alternativreaktionen aufgenommen, über deren Zuordnung sich 5 von 6 Experten einig waren.

Gemessen an diesem Kriterium verblieben 105 Antwortitems, wobei zu jeder der 27 Situationen mindestens 3 vorhanden waren.

Zusätzlich zu diesen verhaltensorientierten Items wurden je Parallellform in Anlehnung an die OMI Skala und den EFP fünf einstellungsorientierte Argumentationspaare formuliert. Die Vpn haben sich jeweils für eines der beiden Argumente zu entscheiden. Inhaltlich wurden die beiden Argumente so formuliert, daß die soziale Erwünschtheit nicht eindeutig eines der Argumente favorisierte.

Ein Beispiel:

- a) Für einige Pfleger ist es wichtig, zu wissen, mit welcher Diagnose ein Patient aufgenommen wird, um sich darauf einzustellen.
(verwahrorientiert)
- b) Andere achten stattdessen lieber in den ersten Wochen verstärkt darauf, wie der Patient sich auf der Station verhält, und gehen darauf ein.
(rehabilitationsorientiert)

Die Klassifizierung der Argumentationspaare geschah in Übereinstimmung mit der Bewertung innerhalb des Tests, dem sie entnommen waren.

Aufbau der Fragebogen

In der endgültigen Fassung besteht jeder der drei Parallelfragebogen aus drei Problemsituationen zu jedem Problembereich, also aus insgesamt 9 Problemsituationen (vollständiger Wortlaut der drei Fragebogen s. Anhang). Zu jeder Problemsituation sind 3 bis 5 Reaktionsalternativen zu bewerten, insgesamt 35 je Fragebogen. Die Reihenfolge der 'verwahr-' oder 'rehabilitations-' gepolten Items innerhalb einer Problemsituation wechselt zufällig.

Auf einer 5-stufigen Skala haben sich die Vpn zu entscheiden, ob sie sich auch so oder nicht so verhalten würden. Die beiden Pole der Skala betonen ausdrücklich die Verhaltensorientierung der Entscheidung. Beispiel:

Ein Patient kommt abends trotz Verabredung zu spät vom Ausgang zurück.

- a) Der Pfleger ärgert sich und sagt dem Patienten, was er davon hält.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	---------------------------	--

Die je fünf Argumentationspaare sind in zufälliger Reihenfolge dem Fragebogen angehängt und besitzen eine ähnliche Antwortskala. Beispiel:

- a) Es gibt Pfleger, die glauben der Patient habe es einfacher, wenn er von den Pflegern nur gesagt kriege, was er zu tun hat.
- b) Andere halten es für nötig, Anweisungen an den Patienten zu begründen.

Ich stimme Argument a zu	1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5	Ich stimme Argument b zu
--------------------------------	---------------------------	--------------------------------

Sowohl den verhaltensorientierten Items als auch den Einstellungsisems geht jeweils eine Instruktion voraus, die anhand eines Beispiels das Ausfüllen des Fragebogens erläutert. Außerdem sind von den Vpn Angaben zur Person auszufüllen, die für die Zuteilung zu den Versuchsgruppen und die spätere Interpretation wichtig sind.

Auswertung

Die angekreuzten Skalenwerte werden je nach Polung in 'R' Punkte (Rehabilitation) oder 'V' Punkte (Verwahrung) umgerechnet.

Die '1' und '5' ergeben je zwei 'R' oder 'V' Punkte.

Die '2' und '4' ergeben je einen 'R' oder 'V' Punkt.

Die '3' ergibt als impliziter Nullpunkt keinen Punktwert.

Die Zustimmung zu einem rehabilitationsgepolten Item mit einer '4' oder '5' ergibt somit einen oder zwei 'R' Punkte. Die Ablehnung mit einer '1' oder '2' ergibt zwei

bzw. einen 'V' Punkt. Bei verwahrlochten Items ergibt sich die Verrechnung umgekehrt.

Die 'R' und 'V' Punkte werden getrennt über den gesamten Fragebogen aufsummiert und die 'V' Punkte von den 'R' Punkten subtrahiert. So ergibt sich der Gesamtpunktwert einer Vp für diesen Fragebogen. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt dabei 80 Punkte.

Die zusätzlichen Fragen im 3. Fragebogen (4 Wochen nach dem Treatment), in denen nach aufgetauchten Konflikten und versuchter Anwendung der von uns vorgeschlagenen Verhaltenslösungen gefragt wird, werden nicht quantitativ ausgewertet.

3.2.4. Versuchshypothesen

Nach Beschreibung des Versuchsplans, der Erarbeitung der Inhalte für Film und Referat und Erstellung des Fragebogens lassen sich die allgemeinen Versuchserwartungen (vgl. 3.1.4.) aus dem allgemeinen empirischen Teil als Hypothesen für den ersten Versuch wie folgt spezifizieren:

1. Die Gesamtpunktwerte der Vortests der Experimentalgruppen und der Kontrollgruppe werden sich nicht unterscheiden.
2. Der Gesamtpunktwert wird bei den Experimentalgruppen vom Vortest zum 1. Nachtest signifikant steigen.
3. Der signifikante Zuwachs im Gesamtpunktwert wird sich auch im Vergleich des Vortests mit dem 2. Nachtest zeigen.
4. Der Zuwachs im Gesamtpunktwert vom Vortest zu den Nachtests wird in der Exp. Grup. I größer als in der Exp. Grup. II sein.

3.2.5. Versuchspersonen

Für die Experimentalgruppen wurden die Schüler und Schülerinnen des 2. Ausbildungsjahres ausgesucht, da diese noch an keiner Diskussion teilgenommen hatten und von daher dem Versuch unvoreingenommen gegenüberstanden. Für die Kontrollgruppen wurden die Auszubildenden des 3. Ausbildungsjahres genommen, die in gemeinsamen Diskussionen an der Erstellung der Problemhierarchie und der Auswahl der adäquaten Verhaltensweisen teilgenommen hatten. Diese Vorerfahrung kann sich aber nicht in Richtung der Hypothesen auswirken, da von den Diskussionen höchstens positive Auswirkungen auf die Diskussionsteilnehmer zu erwarten sind. Diese Vorerfahrung kann sich also nur in einem höheren Gesamtpunktwert der Kontrollgruppen niederschlagen und somit nicht die Bestätigungswahrscheinlichkeit der Hypothesen erhöhen.

Die Zuteilung der Vpn zu den Versuchsgruppen geschah unter Beachtung der Geschlechtsvariablen nach Zufall, d.h. in jede Gruppe wurde möglichst die gleiche Anzahl an männlichen und weiblichen Vpn gelost. Die genaue Aufteilung der Vpn auf die einzelnen Gruppen, das jeweilige Alter, Geschlecht, die Schul- und Vorbildung, sowie der Arbeitsbereich zur Zeit des Versuchs sind der Tabelle im Anhang zu entnehmen.

3.2.6. Versuchsablauf

Für die Hauptuntersuchung mit den beiden Experimentalgruppen standen 2,5 Unterrichtsstunden direkt zu Beginn des Unterrichtstages zur Verfügung. Dadurch war gewährleistet, daß die Vpn noch nicht durch etwaigen vorherigen Unterricht ermüdet waren.

Die Tatsache, daß der Staatsbürgerkundeunterricht für den Versuch ausfiel, führte bei keinem der Schüler zu Verstimmungen, da dieses Fach nach Aussagen der Schulleiterin das unbeliebteste ist.

Die Einführung in den Versuch, die allgemeine Instruktion und das Ausfüllen des ersten Fragebogens (Vortest) erfolgten im gemeinsamen Klassenraum des Mittelkurses (2. Ausbildungsjahr) und vor der Aufteilung in die zwei Experimentalgruppen.

Die Schulleiterin hatte die Klasse auf unser Kommen vorbereitet und erste Vorinformationen gegeben.

Nach der Vorstellung wurden die Schüler von uns in die Fragestellung eingeführt. Die Informationen, die wir dabei über den Versuch vermittelten, entsprachen genau denen, die wir auch dem Oberkurs zu Beginn der Diskussionen gegeben hatten (vgl. 3.1.2.2.).

Nach dieser Einführung wurde der Fragebogen verteilt. Mündlich wurde noch einmal darauf hingewiesen, daß es in den verlangten Stellungnahmen zu den beschriebenen Problemsituationen nicht um Wissensfragen gehe, sondern um die persönlichen, ganz subjektiven Erfahrungen jedes Einzelnen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte circa 20 Minuten und bereitete den Vpn offensichtlich keine Schwierigkeiten.

Im Anschluß an diesen ersten Fragebogen wurden die Vpn entsprechend den vorbereiteten Namenslisten (Vornamen) auf die zwei Experimentalgruppen verteilt. Sie begaben sich daraufhin mit den zufällig zugeteilten V1 in zwei unterschiedliche Klassenräume.

Experimentalgruppe I: Modellfilm

Für die Vorführung des Modellfilmes war schon vor Beginn des Klassenunterrichts die Videoanlage in dem zur Verfügung stehenden Klassenraum aufgebaut worden.

Nachdem die Vpn Platz genommen hatten, wurde ihnen mitgeteilt, daß sie einen Film sehen würden, der aus drei aufeinanderfolgenden Szenen bestehe, in denen jeweils Pfleger Konfliktsituationen mit Patienten auf eine recht gute Weise lösen würden. Die Vpn wurden gebeten, sich den Film aufmerksam anzusehen, da sich an den Film eine

Diskussion über die vorgestellten Verhaltensprinzipien anschlieÙe.

Die Vorführung des Filmes verlief ohne Besonderheiten. Die anschließende Diskussion wurde mit Zustimmung der Vpn auf Tonband aufgenommen.

Nach Abschluß der Diskussion wurde der zweite Fragebogen ausgeteilt, der ähnlich wie der erste in circa 20 Minuten von allen Vpn ohne Schwierigkeiten ausgefüllt wurde.

Experimentalgruppe II: Referat

Die Vpn der Exp. Grup. II erhielten gleichzeitig in einem anderen Schulraum vom zweiten V1 die gleiche Einführung in das Experiment.

Es wurde jedoch ein Referat angekündigt, in dem versucht würde, Schwierigkeiten des psychiatrischen Pflegepersonals und mögliche Lösungsschritte anzugeben. Mit dem Hinweis auf die anschließende Diskussion wurde ebenso versucht, die Aufmerksamkeit zu richten.

Der Vortrag des Referates, die anschließende Diskussion und das Ausfüllen des Fragebogens verlief auch in dieser Gruppe ohne Besonderheiten.

Kontrollgruppe I

Das Ausfüllen des Fragebogens durch die Vpn der Kontr. Grup. I (Oberkurs) fand einige Tage später statt, weil die Klasse an einem anderen Tag theoretischen Unterricht erhielt.

Eine längere Einführung bzw. Information der Vpn erübrigte sich, da diese Klasse schon früher an den Diskussionen teilgenommen hatte und somit informiert war. Das Ausfüllen des Fragebogens verlief auch in dieser Klasse ohne Schwierigkeiten.

Nachbefragung nach 4 Wochen

Das Ausfüllen des dritten Fragebogen fand in allen vier Versuchsgruppen circa vier Wochen später innerhalb einer Woche statt. Für die Kontrollgruppe I war es der zweite, für die Kontrollgruppe II der erste Fragebogen, der auszufüllen war.

Die Zeit, die die Vpn diesmal benötigten, lag deutlich höher als zuvor (abgesehen von der Kontrollgruppe II), da zusätzliche Fragen nach Situationsschilderungen der letzten vier Wochen zu beantworten waren.

Da die Schüler während der Versuche starkes Interesse an den Ergebnissen gezeigt hatten, wurden nach der ersten groben Auswertung in den beiden Kursen noch einmal Diskussionen geführt, in denen erste Ergebnisse vorgestellt wurden.

Das Fehlen einzelner Vpn an verschiedenen Versuchstagen führte dazu, daß z.T. nur von sehr wenigen Vpn vollständige Versuchsunterlagen zusammengestellt und in die Auswertung einbezogen werden konnten. Konkret setzen sich die Gruppen wie folgt zusammen:

Experimentalgruppe I	:	n = 5
Experimentalgruppe II	:	n = 4
Kontrollgruppe I	:	n = 3
Kontrollgruppe II	:	n = 7

3.2.7. Darstellung und Auswertung der Versuchsergebnisse

Für die statistische Auswertung der erhaltenen Rohdaten (s. Anhang) sind einige Voraussetzungen von Wichtigkeit:

- die Anzahl der Vpn mit vollständigen Unterlagen ist sehr gering und aufgrund der Ausfälle in den Gruppen sehr unterschiedlich (von $n = 3$ bis $n = 7$),
- bei den Fragebogendaten ist von einer Ordinalskalierung auszugehen,
- von einer Normalverteilung kann nicht ausgegangen werden.

Diese Bedingungen lassen nur die Anwendung parameterfreier Verfahren zu. Für die quantitative Analyse wurden parameterfreie Verfahren nach KRUSKAL & WALLIS und WILCOXON (HOLLANDER & WOLFE 1973) ausgewählt. Das Signifikanzniveau wird bei $\alpha = 0,05$ festgelegt.

3.2.7.1. Quantitative Auswertung der Fragebogenwerte

Zur Überprüfung der Vergleichbarkeit der einzelnen Gruppen ist zu prüfen, ob die erhaltenen Ausgangswerte (Vortest von Exp. Grup. I; Vortest von Exp. Grup. II; Vortest von Kontr. Grup. I; 2. Nachtest von Kontr. Grup. II) aus einer Grundgesamtheit stammen.

Ausgangswerte

Zur Überprüfung der vier unabhängigen Stichproben aus einer Grundgesamtheit mit unbekannter Verteilungsform wurde der KRUSKAL & WALLIS Test (HOLLANDER & WOLFE 1973, S. 115 ff.) durchgeführt.

Zu diesem Test wurden die Ausgangsdaten aller Vpn herangezogen, auch die derjenigen, die im Verlauf der Untersuchung ausschieden.

Nach Bildung der Ränge und Berechnung der Rangsummen ergibt sich durch Einsetzen der Werte in die KRUSKAL & WALLIS Formel:

$$H = 0,0237 (451,25 + 320 + 672,8 + 1650,89) - 69 = 4,35$$

Der Korrekturfaktor für die drei Bindungen beträgt 0,9976. Er ist also zu vernachlässigen.

Unter H_0 gilt asymptotisch: $H \approx \chi^2_3$

Zum vorgegebenen Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ ergibt

sich als kritischer Wert $\chi^2_3: 0,05 = 7,815$.

Auf diesem Niveau wird H_0 also nicht verworfen.

Damit ist die Annahme bestätigt, daß die Daten aus einer Grundgesamtheit stammen.

Der Vergleich der Veränderungswerte vor allem der Modellfilmgruppe mit der Referatgruppe, der aufgrund der Fragestellung angestrebt ist, ist somit gerechtfertigt.

Vergleich von Exp. Grup. I und Exp. Grup. II

Für den Vergleich der beiden Experimentalgruppen eignet sich in besonderem Maße der WILCOXON Rangsummentest (HOLLANDER & WOLFE 1973, S. 67 ff.)

Die Gründe dafür sind:

- er ist parameterfrei,
- er läßt die Berücksichtigung mehrerer Meßzeitpunkte zu,
- er geht nicht von Gruppenmittelwerten aus, sondern von individuellen Verlaufsformen und trennt Gruppen- und Wechselwirkungseffekte.

Analyse der Gruppeneffekte

Gemäß dem Modell des WILCOXON Rangsummentests werden die Meßwerte der Vpn in Rangwerte transformiert und die Rangsummen der Gruppen gebildet.

Es ergibt sich für die Exp. Grup. I eine Rangsumme von

$$R_1 = 28.$$

Für die Exp. Grup. II ergibt sich eine Rangsumme von

$$R_2 = 17.$$

Der kritische Wert zur Ablehnung von H_0 bei einseitiger Fragestellung und $\alpha = 0,05$ beträgt 33.

H_0 kann bei $R_1 = 28$ nicht abgelehnt werden.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich also nach dem Experiment nicht signifikant voneinander.

Analyse der Wechselwirkungseffekte

Zur Analyse der Wechselwirkungseffekte wird zunächst der Gruppeneffekt eliminiert.

Nach Transformation der erhaltenen Werte werden die Ränge zugeordnet und die Rangsummen für t ($t = 1, 2, 3$) gebildet.

Es ergibt sich für die Exp. Grup. I:

$$R_1 = 25 (t = 1); \quad 23,5 (t = 2); \quad 24 (t = 3).$$

Für die Exp. Grup. II ergibt sich:

$$R_2 = 20 (t = 1); \quad 21,5 (t = 2); \quad 21 (t = 3).$$

Um H_0 ablehnen zu können müsste bei zweiseitigem Testen und $\alpha = 0,05$ für mindestens ein t ($t = 1, 2, 3$) gelten

$$R_{1t} \geq 35 \quad \text{oder} \quad R_{1t} \leq 15.$$

Da dies für kein t erfüllt ist, wird H_0 nicht abgelehnt.

Es lassen sich also keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen erkennen.

Vergleich der Exp. Grup. I und II und der Kontr. Grup. I

Der Vergleich der beiden Experimentalgruppen mit der zweimal befragten Kontrollgruppe wird mit dem KRUSKAL & WALLIS Test unter Benutzung der Differenzen der Gesamtscores (vorher - nach vier Wochen) durchgeführt.

Nach Zuordnung der Ränge und der Berechnung der Rangsummen in den drei Gruppen ergibt sich nach der KRUSKAL & WALLIS Formel:

$$H = 0,076 (192,2 + 182,25 + 133,3\bar{3}) - 39 = 0,06.$$

Der Korrekturfaktor für die drei Bindungen beträgt 0,99 und kann somit vernachlässigt werden.

Wie aus den Tafeln bei HOLLANDER & WOLFE (1973, S. 303 ff.) ersichtlich ist, kann H_0 nicht abgelehnt werden.

3.2.7.2. Qualitative Auswertung der Versuchsergebnisse

Nachdem festgestellt wurde, daß keiner der Veränderungswerte innerhalb der Gruppen und zwischen den Gruppen sich als statistisch signifikant erwies, ist es sinnvoll, die Kurvenverläufe in den beiden Experimentalgruppen zu betrachten, da die fehlende Signifikanz wohl zum großen Teil auf die geringe Anzahl von Vpn zurückzuführen ist. Eingeschlossen in die folgende qualitative Analyse sind die Auswertungen der geforderten Situationsschilderungen im 2. Nachtest und der Diskussionen nach dem Treatment.

Gesamtscoreveränderungen

In den Mittelwerten sowohl der Exp. Grup. I, als auch der Exp. Grup. II zeigt sich eine starke Tendenz zur Verbesserung des Gesamtpunktwertes vom Vortest zum 1. Nachtest.

In der Filmgruppe (Exp. Grup. I) steigt der Wert von 37,8 (Vortest) auf 44,8 (1. Nachtest). Der Veränderungswert beträgt damit immerhin 7 Punkte.

In der Referatgruppe (Exp. Grup. II) steigt der Punktwert von 36,6 auf 43. Mit einem Punktzuwachs von 6,4 Punkten liegt der Veränderungswert damit in der Größenordnung der Veränderung in der Filmgruppe.

In der Richtung der Punkteveränderungen vom 1. zum 2. Nachtest unterscheiden sich Film- und Referatgruppe.

Der Mittelwert der Filmgruppe steigt noch einmal um 0,8 Punkte auf 45,6 Punkte, wohingegen der Wert in der Referatgruppe um 1,2 Punkte auf 41,8 Punkte absinkt. Das folgende Schaubild gibt die Punkteveränderungen der

Gesamtscores in der Film- und Referatgruppe vom Vortest
zum 1. und zum 2. Nachtest wieder:

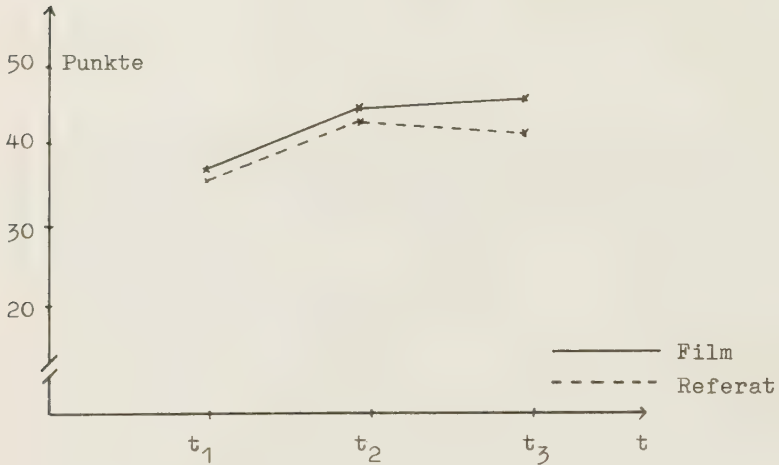


Abb. 5: Darstellung der Mittelwerte der Exp. Grup. I (Film) und Exp. Grup. II (Referat)

Betrachtet man die Punktwertveränderungen der einzelnen Vpn, so ergibt sich folgendes Bild:

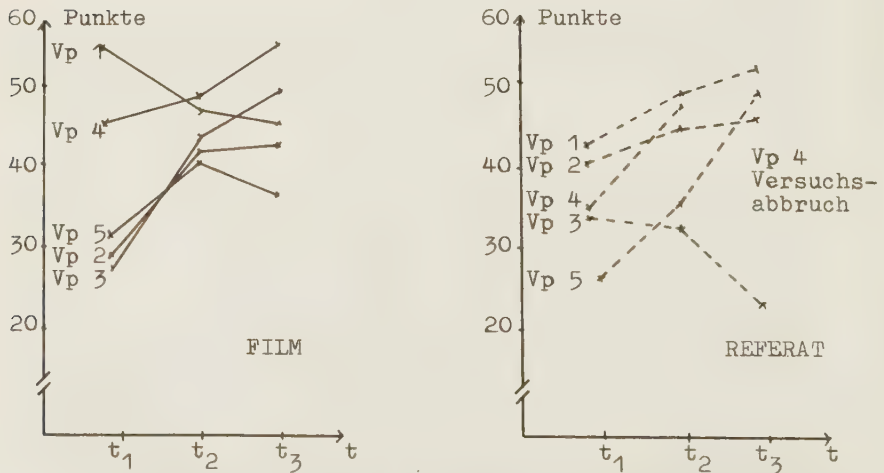


Abb. 6: Darstellung der Punktwerte der einzelnen Vpn aus Exp. Grup. I (Film) und Exp. Grup. II (Referat)

Es bleibt festzuhalten, daß jeweils 4 Vpn vom Vortest zum 1. Nachtest positive Punktwertveränderungen erzielen.

Betrachtet man diese Veränderungswerte unter der Ausgangswertproblematik, so könnte man meinen, daß die Veränderungen primär auf statistische Regression zurückzuführen seien (eine statistische Regressionsberechnung ist bei der geringen Anzahl von Werten sinnlos).

Die Bewegung der Punktescores vom 1. zum 2. Nachtest widerlegen jedoch diese Vermutung. Die Tatsache, daß in jeder Gruppe nur jeweils eine Vp mit ihrem Endwert unter den Ausgangswert zurückfällt, läßt auf die Wirksamkeit sowohl des Videofilms als auch des Referates schließen. Zu diesen beiden Vpn ist anzumerken, daß sie in ihrer Versuchsgruppe die Ältesten waren und die Einzigsten, die eine abgeschlossene Berufsausbildung absolviert hatten. Dies trug eventuell zu eingeschliffeneren Einstellungen und Verhaltensweisen bei, so daß sich das Treatment nicht in der erwarteten Richtung auswirkte.

Verhaltensorientierte Items

Die Unterschiede zwischen Film- und Referatgruppe werden bei gesonderter Betrachtung der verhaltensorientierten Items deutlicher, wie das folgende Schaubild zeigt:

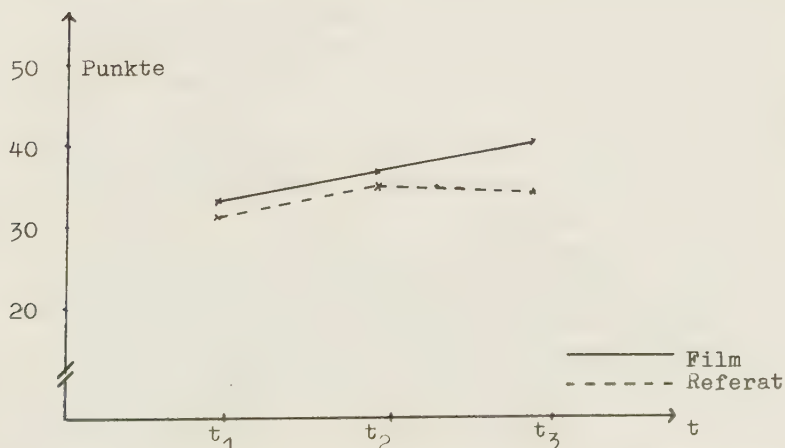


Abb. 7: Darstellung der Mittelwerte der verhaltensorientierten Items von Exp. Grup. I und Exp. Grup. II

Während sowohl die Ausgangswerte mit 32,4 (Film) und 31,6 (Referat), als auch die Werte des 1. Nachtests mit 36 (Film) und 35 (Referat) sehr eng beieinander liegen und sehr ähnliche Steigerungswerte erreicht werden, verläuft die Entwicklung zum 2. Nachtest anders.

Die Filmgruppe erreicht noch einmal eine Steigerung des Gesamtpunktwertes um 4,2 Punkte und kommt im 2. Nachtest auf 40,2 Punkte. Die Referatgruppe hat dagegen einen Punkteabfall von 0,5 Punkten zu verzeichnen und fällt somit auf 34,5 Punkte zurück.

Damit deutet sich vor allem in der praktischen Umsetzbarkeit und der Zeitstabilität die Überlegenheit des Modellfilmtreatments an.

Dies entspricht der Erwartung, daß sich das Modelllernen bei der verhaltensmäßigen Umsetzung als überlegen erweisen würde. Wenn man davon ausgeht, daß in die Beantwortung des 2. Nachtests die Erfahrungen der vier Wochen praktischer Arbeit (nach dem experimentellen Treatment bis zum 2. Nachtest) eingehen, erweist sich so die starke verhaltensmodifikatorische Wirkung des Modellfilms, der eher in der Lage ist, die Umsetzung der Lerninhalte in Verhalten zu induzieren.

Einstellungsorientierte Items

Die Punktwerte der einstellungsorientierten Items (je Fragebogen 5 Items mit maximal 10 erreichbaren Punkten) in Film- und Referatgruppe entwickeln sich über die drei Meßpunkte fast gleich.

Die Punkte der Filmgruppe steigen vom Ausgangswert 5,4 auf 8,8 Punkte im 1. Nachtest und sinken im 2. Nachtest wieder auf 5,4 Punkte ab.

In der Referatgruppe steigt der Punktwert von 5 auf 8,2 Punkte und sinkt im 2. Nachtest auf 4,6 Punkte ab, und damit unter den Ausgangswert.

Das folgende Schaubild verdeutlicht die Entwicklung:

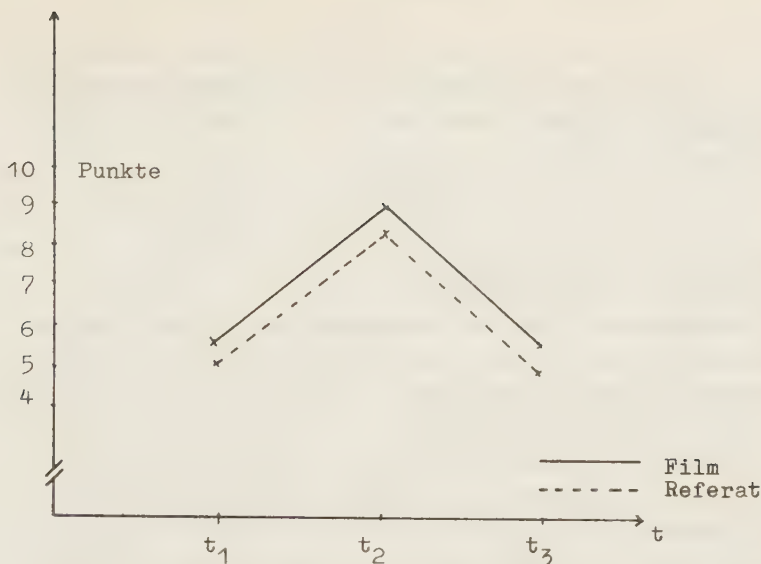


Abb. 8: Darstellung der Mittelwerte der einstellungsorientierten Items von Exp. Grup. I und Exp. Grup. II

Situationsschilderungen im 2. Nachtest

Die Fragen nach Problemsituationen in den letzten vier Wochen (zwischen 1. und 2. Nachtest), die der dritten Parallelform des Fragebogens angehängt waren, wurden leider nur von ungefähr der Hälfte der Vpn der experimentellen Gruppen beantwortet.

Dies kann natürlich zum einen darauf zurückzuführen sein, daß Problemsituationen, die denen in Film und Referat dargestellten ähnelten, nicht aufgetaucht sind, zum anderen mag es sein, daß die Vpn sich an solche Situationen nicht erinnern konnten oder wollten.

Sowohl in der Film- als auch in der Referatgruppe werden als eigenes Verhalten nur rehabilitationsfördernde Interaktionen geschildert. Dies deutet darauf hin, daß nur über sozial erwünschtes Verhalten (in unserem Fall rehabilitatives Verhalten) berichtet wird.

Aus diesem Grunde läßt sich aus den Situationsschilderungen kein Unterschied in der Wirksamkeit von Modellfilm oder Referat erkennen, da in beiden Gruppen nur positives Ver-

halten geschildert wird und nicht entschieden werden kann, ob dies lediglich Ausdruck des Wissens um richtiges Verhalten ist, oder ob das Verhalten in der Realität auch tatsächlich gezeigt wurde.

Auswertung der Diskussionen

In Zusammenarbeit mit den beiden V1 wurden die Tonbandmitschnitte der beiden Diskussionen, die sich als Rehearsalbedingung an die Darbietung des Filmes bzw. Referats anschlossen, ausgewertet.

Vorab kann für beide Diskussionen festgehalten werden, daß die vorher festgelegte Strukturierung etwa gleich gut realisiert werden konnte und somit in beiden Gruppen die Diskussion der beabsichtigten Rehearsalfunktion gerecht werden konnte.

Für beide Diskussionen ist jedoch auch festzuhalten, daß sie nicht so rege verliefen wie erwartet, so daß die V1 offene Fragen stellen mussten, um das Gespräch wieder in Gang zu bringen. Vermutlich ist dies auf Vorinformationen zurückzuführen, aus denen bestimmte Erwartungen resultierten, denen das tatsächlich Durchgeführte nicht entsprach.

Diese Vorinformationen waren durch die Unterrichtsschwester gegeben worden, die den Versuch auf unsere Bitte angekündigt hatte.

Inhaltlich unterschieden sich die Diskussionen trotz Strukturierung durch die V1 ein wenig. Dies war wohl primär eine Folge der zuvor angewandten unterschiedlichen Vermittlungsmethoden.

Diskussion in der Filmgruppe

Übereinstimmend wurde von allen Vpn betont, daß die gezeigten Szenen so oder ähnlich auch schon bei ihnen passiert seien oder zumindest so passieren könnten. Dies bestätigt den Realitätsgrad der ausgewählten Problemsi-

tuationen und die richtige filmische Umsetzung.

Die im Film angebotenen Verhaltenslösungen erschienen den Vpn durchweg als mögliche und gute Lösungen der Konfliktsituationen.

Unstrittig war die Rehabilitation jedes einzelnen Patienten als oberstes Ziel der Arbeit des Pflegepersonals.

Sehr schnell kam man in der Diskussion jedoch zu konkreten Problemen, die sich dabei in der Praxis stellen.

Genannt wurde vor allem folgendes:

- Personalmangel,
- fehlende Vorbereitung auf die praktische Arbeit mit dem Patienten,
- fehlendes Einüben von konkreten Verhaltensmustern, mit denen man schwierige Situationen meistern kann.

Anschließend wurden dann unter Beachtung dieser Schwierigkeiten Umsetzungsmöglichkeiten für die gezeigten Verhaltensprinzipien aus dem gesprächs- und verhaltenstherapeutischen Bereich andiskutiert.

Dabei konzentrierte sich die Diskussion vor allem auf das Belohnungsprinzip, das nach Ansicht der Vpn im Alltag des Stationslebens stärker in den Vordergrund gerückt werden müsse.

Die Diskussion zeigte, daß dort Mißverständnisse entstanden waren, wo im Film auf der phänomenalen Ebene Techniken der VT und der GT im Widerspruch standen.

Dies ist z.B. dort der Fall, wo der Verhaltenstherapeut ablenkende Fragen löscht, der Gesprächstherapeut dagegen auf sie eingeht. Diese Mißverständnisse würden sich nur durch eine umfassendere theoretische Ausbildung verhindern lassen. Als Folgen der sehr kurzen Filmszenen und der entsprechend knappen Darstellung der Prinzipien sind sie durchaus erklärlich.

Als Fazit der Diskussion läßt sich folgendes sagen:

- die Filmszenen setzten durchaus an der Problemlage der Vpn an,
- die angebotenen Verhaltensprinzipien wurden noch einmal gut rekapituliert und in ihrer konkreten Umsetz-

barkeit diskutiert.

Die Diskussion hat damit das Ziel, zu einer Strukturierung der Lerninhalte und einer speicherungsverbessernden Wiederholung beizutragen, erfüllt.

Diskussion in der Referatgruppe

Die Diskussion in der Referatgruppe erreichte in keiner Phase die konkrete Ebene der Umsetzung der referierten Inhalte in Verhaltensbeispiele.

Der Großteil der Diskussionsbeiträge waren allgemeine Aussagen zur Lage der Psychiatrie, zu Mängeln der Ausbildung und zu generellen Schwierigkeiten der Stationsarbeit. Dies ist vermutlich eine direkte Folge der Vermittlungsmethode für die ausgewählten Lerninhalte.

Da das Referat nicht in der Weise auf konkretes Verhalten eingehen kann wie ein Modellfilm, ist auch die kognitive Verarbeitung vorgestellter Lerninhalte abstrakter und läßt kaum Umsetzungsmöglichkeiten für die reale Praxis zu.

Konkret verwertbare Informationsvermittlung auf Referatebene wäre nur in Form einer Gebrauchsanweisung möglich ("Man nehme mit der linken Hand den rechten Fuß des Patienten und ...").

Eine solche Art, Inhalte zu vermitteln, ist natürlich innerhalb des Unterrichts undenkbar, da die Auszubildenden dann vermutlich 20 Jahre Ausbildung benötigten. Insgesamt läßt sich auch in der Referatgruppe feststellen, daß die Diskussion in adäquater Weise die Rehearsalfunktion erfüllte, wobei die Konkretisierung dabei nicht so weit wie in der Filmgruppe gehen konnte.

3.2.8. Interpretation und Konsequenzen für den zweiten Versuch

Zunächst muß festgestellt werden, daß nach der statisti-

schen Auswertung sämtliche Hypothesen (von der ersten, treatmentunabhängigen abgesehen) nicht bestätigt werden konnten.

Dies ist jedoch vor allem auf die sehr geringe Vpn-Anzahl zurückzuführen (Experimentalgruppen nur je 5), die es fast unmöglich machte, signifikante Ergebnisse zu erzielen.

Die Rohdaten bestätigen jedoch in der Tendenz die Hypothesen insofern, als bei beiden Experimentalgruppen ein Lerneffekt vom Vortest zum 1. Nachtest festzustellen ist und sich zumindest im 2. Nachtest die Überlegenheit des Modellerns (Filmgruppe) andeutet.

Daß beide Experimentalgruppen im 1. Nachtest einen fast gleichen Punktezuwachs zu verzeichnen haben, deutet entweder darauf hin, daß der Fragebogen trotz seiner strengen Verhaltensorientierung eher kognitives Wissen denn tatsächliche Verhaltensfertigkeiten mißt, oder aber, daß das unterschiedliche experimentelle Treatment zum gleichen Erfolg führte.

Aufgrund der prinzipiellen Unfähigkeit eines Fragebogens, tatsächliches Verhalten ganz richtig abzubilden, liegt die erste Überlegung näher, vor allem weil sich im 2. Nachtest Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen zeigen.

Diese Unterschiede sind auf die vierwöchige Erfahrung zwischen dem 1. und dem 2. Nachtest zurückzuführen. Nur die Vpn der Modellerngruppe haben auch zum 2. Nachtest einen Punktezuwachs zu verzeichnen, was darauf schließen läßt, daß nur das Modellernen zusätzlich zur Aneignungsebene auch die Ausführungsebene beeinflusste, was sich dann natürlich wiederum in einer Verfestigung der kognitiven Struktur auswirkte.

Das Referat war dagegen nur in der Lage, kognitiv Inhalte zu vermitteln, ohne gleichzeitig die Verhaltensausführung zu beeinflussen.

Die Einstellungsisems besaßen vermutlich deshalb keine Trennschärfe, weil die Ansicht, daß in der Behandlung die Rehabilitation das oberste Ziel sei, heute zumindest unter Fachpersonal schon Allgemeingut ist.

Einstellungsorientierte Items scheiden damit wie erwartet zur Einschätzung von Verhaltensfertigkeiten aus.

Prinzipiell kann dagegen festgehalten werden, daß ein verhaltensorientierter Fragebogen in der Lage sein kann zumindest Verhaltensabsichten und Wissen um Verhaltensfertigkeiten zu untersuchen. Bei Anwendung über einen längeren Zeitraum läßt der Fragebogen darüberhinaus auch indirekte Schlüsse auf tatsächliches Verhalten zu, da sich dieses auch in den eventuell veränderten Verhaltensabsichten niederschlägt.

Zu einer kontinuierlichen Lernerfolgskontrolle im Bereich der Ausbildung ist ein Fragebogen damit ausreichend. Natürlich müßte ein solcher Fragebogen unter strengerer Beachtung testtheoretischer Kriterien konstruiert werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war es nicht möglich, zum selbst konstruierten und verwendeten Fragebogen testtheoretisch wichtige Analysen zur Reliabilität, Validität oder Trennschärfe durchzuführen, so daß der Fragebogen aufgrund der Mitarbeit von Experten nur inhaltliche Validität für sich beanspruchen kann. Dies erscheint jedoch im Rahmen der vorliegenden anwendungsorientierten Arbeit am wichtigsten und ausreichend.

Trotzdem soll zu einer differenzierteren Beurteilung der Verhaltensausführungskonsequenzen im 2. Experiment der vorliegenden Arbeit die direkte Beobachtung eingesetzt werden. Es läßt sich wohl doch auf dieser methodischen Ebene eher eine Entscheidung über die verhaltensmodifikatorische Stärke der beiden Vermittlungsmethoden treffen. Die Wahl der direkten Beobachtung für den 2. Versuch als Folge der Fragebogenanwendung im 1. Versuch ist kein Beweis der generellen Überlegenheit der Beobachtung. Die Frage nach Verhaltensbeobachtung oder Fragebogenanwendung ist nur von Fall zu Fall und vor allem unter Hinzuziehung ökonomischer Aspekte zu entscheiden, was in der normalen Praxis wohl zu einer Überlegenheit des verhaltensorientierten Fragebogens führen dürfte. Nur eher grundlagenorientierte Studien (z.B. zu den verschiedenen Methoden der Inhaltsvermittlung) rechtfertigen den sehr zeit-,

personal- und materialaufwendigen Einsatz der Verhaltensbeobachtung, die im übrigen auch nicht per se zu reliablen oder valideren Ergebnissen führen muß.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis des ersten Versuchs betrifft die ausgewählten Verhaltensprinzipien, die über das Referat bzw. Modellernen vermittelt werden sollten. Gerade aus den Ergebnissen der Diskussionen und den Stellungnahmen im dritten Fragebogen geht hervor, daß die Verhaltensprinzipien, die sowohl der GT als auch der VT entlehnt waren, aus der subjektiven Sicht der Vpn konfundierten und zum Teil in Widerspruch zueinander gerieten.

Diese Widersprüche auf der subjektiv phänomenalen Ebene, die durch fehlendes Grundlagenwissen bedingt sind, verhinderten eine bessere Strukturierung und Speicherung der Lerninhalte.

Die Konsequenzen für den 2. Versuch sollen darin bestehen, daß nur noch Verhaltensprinzipien einer therapeutischen Richtung vermittelt werden sollen, da nur so ohne längere Einführungen in den jeweiligen theoretischen Ansatz Widersprüchlichkeiten auf der subjektiven Ebene der Vpn zu vermeiden sind.

Da die Techniken der VT einfacher darzustellen und zu vermitteln sind, sollen sie die alleinigen zu vermittelnden Verhaltensprinzipien sein. Wie schon oben ausgeführt, ist das theorielose Vermitteln von Verhaltensfertigkeiten generell nicht sehr sinnvoll und wird auch innerhalb dieser Untersuchung nur zum Vergleich der Effektivität der Vermittlungsmethoden angewandt.

KEUPP (1979) sieht es als grundlegend an, einer therapeutisch-technischen Ausbildung die Vermittlung von psychosozialen Basiskompetenzen vorzuschicken. Dies ist auch langfristig die einzige Möglichkeit, die Vermittlung von therapeutischen Techniken in den normalen Unterricht einzubeziehen.

Ein weiterer Gesichtspunkt betrifft die Darbietung des Referats. Nach Angaben der V1 scheint doch allein das Medium 'Video' aufmerksamkeitsfördernder zu sein, als

wenn ein V1 einen Vortrag hält. Daher soll im 2. Versuch auch das Referat auf Videofilm aufgenommen werden, so daß diese Bedingung in den Versuchsgruppen gleich wirkt. Darüber hinaus soll das Referat noch konkreter abgefaßt werden. Die hierdurch erleichterte Umsetzbarkeit der referierten VT-Prinzipien wird zu einer erhöhten Vergleichbarkeit der experimentellen Bedingungen beitragen. Zusammengefaßt ergeben sich als Konsequenzen des 1. Versuchs folgende Veränderungen für die Durchführung des 2. Versuchs:

- Meßinstrument ist nicht mehr ein verhaltensorientierter Fragebogen, sondern die Verhaltensbeobachtung, der ein Kategoriensystem zur Schätzung zugrunde liegt.
- Es werden nur noch aus der VT abgeleitete Prinzipien vermittelt.
- Auch das Referat wird über einen Videofilm vorgetragen.
- Die Inhaltsebene des Referates wird konkreter, d.h. verhaltensnäher gestaltet.
- Vorinformationen über den Versuch sollen nur noch durch die V1 an die Vpn gegeben werden, um eine Kontrolle über die Erwartungshaltungen zu haben.

3.3. Der zweite Versuch

Der zweite Versuch baut als direkter Anschlußversuch auf den gleichen Vorarbeiten wie der erste Versuch auf. Es gelten somit für ihn die gleichen Bedingungen, wie sie auch für den ersten Versuch erarbeitet wurden.

Nur wo sich Abweichungen im Versuchsplan, im Versuchsaufbau und in der geplanten Versuchsrealisierung ergeben, werden diese ausführlicher Begründet.

Die wichtigste Modifikation ist die Anwendung eines neuen Meßinstruments zur Beurteilung der experimentell induzierten Verhaltensänderungen.

Statt des verhaltensorientierten Fragebogens soll die Verhaltensbeobachtung eingesetzt werden, wie dies auch schon mehrfach zu gleichen Zwecken mit gutem Erfolg erprobt wurde (KALUZA 1977; ZIMMER 1976).

Wie oben schon mehrfach ausgeführt, läßt sich aus verschiedenen Gründen die direkte Beobachtung auf der Station nicht realisieren. Daher sollen die Vpn in einem Verhaltenstest gemeinsam mit einem Partner, der einen Patienten spielt, die Anwendung der zuvor vermittelten Verhaltensprinzipien erproben. Diese Verhaltensproben sollen von Ratern beobachtet werden, und konzeptorientiert eingeschätzt werden. Der Spielpartner (Patientendarsteller) hat als Vertrauter des V1 durch ein bestimmtes festgelegtes Verhaltensrepertoire für die Standardisierung des Verhaltenstests zu sorgen.

Diese Anwendung eines neuen Meßinstruments hat natürlich Auswirkungen auf den Versuchsablauf, die im folgenden beschrieben werden.

3.3.1. Auswahl der Problemsituationen

Die auszuwählenden und im Modellfilm bzw. Referat darzustellenden Problemsituationen sollen möglichst gut geeignet sein, verhaltenstherapeutisches Vorgehen aufzuzeigen und die entsprechenden Verhaltensprinzipien

pointiert auszuarbeiten. Ein Ergebnis des 1. Versuchs war, daß auf die kombinierte Vermittlung von VT und GT Techniken verzichtet werden sollte, zugunsten einer fundierteren Darstellung der VT Techniken.

Da also nur noch lerntheoretische Prinzipien vermittelt werden sollen, reichen zwei Problemsituationen zur exemplarischen Darstellung aus. Entsprechend den Problemsammlungen (vgl. 3.1.2.) wurden ausgesucht:

Problemsituation 1: Ein Patient soll den Tisch decken.
(Bereich: Ein Patient soll einen Gemeinschaftsdienst erledigen.)

Problemsituation 2: Ein Patient soll sich alleine an-
kleiden.
(Bereich: Ein Patient soll etwas lernen.)

Die entsprechenden lerntheoretisch abgeleiteten Prinzipien, die im Modellfilm bzw. Referat vorzustellen sind, sind vor allem die Verstärkung und die Löschung. Konkret sollte der Pfleger

- nicht auf ablenkende Gespräche eingehen,
- schon kleine Schritte verstärken,
- Belohnungen in Aussicht stellen.

3.3.2. Versuchsplan

Als Grundlage bietet sich auch für diesen Versuch das Kontrollgruppendesign an. In diesem Versuch soll jedoch auf reine Kontrollgruppen verzichtet werden, da im ersten Versuch der generelle Nachweis von Lernerfolgen erbracht werden konnte, auch wenn keine statistische Signifikanz erreicht werden konnte.

Der Einsatz der Verhaltensbeobachtung erfordert einige Veränderungen im Versuchsplan.

Da der Verhaltenstest sowohl in der Baseline als auch nach dem experimentellen Treatment einzeln von den Vpn abgelegt werden soll, um Gruppeneinflüsse zu verhindern, muß auch das Vorführen des Videobandes (je nach Versuchsgruppe mit Modellszenen bzw. Referat) einzeln erfolgen. Nur dann ist gewährleistet, daß die zeitliche Distanz zwischen Anschauen des Videobandes und Ablegen des Verhaltenstests gleich ist.

Das schwerwiegendste Problem ergibt sich durch die Einführung des Verhaltenstests, nämlich ein möglicher Testeffekt. Das Versuchsdesign muß eine Kontrolle der Effekte erlauben, die allein durch die Baselineverhaltensprobe entstehen.

Diese Kontrolle soll dadurch gewährleistet werden, daß die beiden Experimentalgruppen ('Film', 'Referat') geteilt werden und jeweils nur von einer Hälfte eine Baseline erhoben wird. Nur wenn sich im Vergleich der Nachtestdaten der jeweils zusammengehörigen Gruppenhälften herausstellt, daß die Baselineverhaltensprobe keinen Einfluß auf das Verhalten hatte, sind Änderungswerte auf das eigentliche experimentelle Treatment zurückzuführen.

Dann allerdings ist es auch statthaft, die Werte der beiden Gruppenhälften zusammenzulegen, um Vergleiche zur anderen Experimentalgruppe vorzunehmen.

Die Baselineerhebung soll circa eine Woche vor dem experimentellen Treatment stattfinden, um eine kleine zeitliche Distanz zwischen den beiden Verhaltensproben zu erhalten.

Die Verhaltensprobe, die von den Vpn als Baseline verlangt wird, soll inhaltlich mit der 1. Szene des Modellfilms bzw. einem ersten konkreten Beispiel im Referat übereinstimmen.

Zusammen mit der Vorinstruktion an die Vpn, daß sie im Anschluß an den Film bzw. das Referat gebeten würden, die 2. Filmszene bzw. das 2. Referatbeispiel nachzuspielen, erwarten wir hiervon einen aufmerksamkeitssteigernden Effekt.

Die Diskussion, die im 1. Versuch eine Rehearsalfunktion

zu erfüllen hatte, muß in diesem 2. Versuch wegfallen, da die Vpn einzeln das Videoband ansehen, die Instruktion erhalten und die Verhaltensprobe ablegen.

Die Diskussion soll daher in diesem Versuch durch einen zusammenfassenden Kommentar durch den V1 und die Möglichkeit zu Verständnisfragen ersetzt werden.

Auf die Nachuntersuchung soll in diesem Versuch verzichtet werden, da eine 3. (bzw. 2. für die Vpn ohne Baseline) Verhaltensprobe eine unzumutbare Belastung für den Schul- und Stationsbetrieb des WLK Lengerich wäre.

Schon für die Baseline und den Haupttest müssen die Vpn einzeln von den verschiedenen Dienststationen abgerufen werden. Begleitend zum Unterricht sind die Verhaltensproben nicht möglich, da die Störung für den Schulunterricht noch gravierender ausfallen würde. Außerdem würde sich die Testreihe aufgrund der Einzeltreatments dann über mehrere Wochen hinziehen, da die Klassen nur einmal in der Woche Schulunterricht haben.

Durch das Abrufen von der praktischen Stationsarbeit kann die Baseline-Erhebung aber in 1 - 2 Tagen und die Haupttest-Erhebung in 2 - 3 Tagen durchgeführt werden. Der Versuchsplan ergibt sich im schematischen Überblick wie folgt:

Versuchsgruppe	vorher	Behandlung	nachher
Experimentalgruppe I (EGI)	Verhaltensprobe	Film	Verhaltensprobe
Experimentalgrup. II (EGII)		Film	Verhaltensprobe
Experimentalgr. III (EGIII)	Verhaltensprobe	Referat	Verhaltensprobe
Experimentalgrup. IV (EGIV)		Referat	Verhaltensprobe

Abb. 9: Schematischer Überblick über den Versuchsplan des 2. Experiments

3.3.3. Versuchsmaterialien

Aufgrund der veränderten Versuchsplanung und der inhaltlichen Änderungen, müssen die Versuchsmaterialien für diesen 2. Versuch (Instruktionen, Referattext, Filmszenen) neu erstellt werden.

Auch die Problemsituation, die schon im Modellfilm des 1. Versuchs benutzt wurde ('Patient will sich nicht anziehen'), muß wegen der veränderten Gewichtung der zu vermittelnden Verhaltensprinzipien neu gedreht werden.

3.3.3.1. Instruktionen

In den jeweiligen Instruktionen vor den Verhaltensproben (Baseline, nach dem experimentellen Treatment) werden die Vpn in die Rahmenbedingungen der Verhaltensprobe und ihre Aufgabenstellung innerhalb der Verhaltensprobe eingeführt (vollständige Instruktionen s. Anhang).

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß es in den Verhaltenstests kein richtiges oder falsches Verhalten gibt, welches von uns beurteilt wird, sondern daß es um die individuelle Gestaltung geht.

In der Instruktion vor dem Hauptversuch wird schon auf den nach dem experimentellen Treatment verlangten Verhaltenstest verwiesen, um so eine Erhöhung der Motivation und der Aufmerksamkeit zu erreichen.

In der Instruktion nach dem Treatment wird zunächst vom V1 eine Zusammenfassung der gezeigten bzw. referierten Verhaltensweisen gegeben und anschließend die Möglichkeit zu Verständnisfragen gelassen.

In den Instruktionen vor den Verhaltensproben wird jeweils auf die Länge der Verhaltensproben (5 Minuten) hingewiesen.

Es wird erklärt, daß das Tonband lediglich Zeitgeberfunktion für die Rater habe und die Ergebnisse der Beobachtungen anonym blieben.

3.3.3.2. Das Referat

Wie aus der Interpretation des ersten Versuchs hervorgeht, soll das Referat im 2. Versuch wesentlich konkreter abgefaßt werden. Nur auf diese Weise ist es den Vpn der Referatgruppe möglich, die Verhaltensprinzipien eventuell auch auf der konkreten Anwendungsebene anzueigenen und ist eine Vergleichbarkeit der Lernbedingungen zu realisieren.

Daher wird im Referat für den 2. Versuch auf allgemeine Ausführungen über die psychiatrische Versorgung und die Beschreibung des zu schaffenden therapeutischen Milieus verzichtet und vielmehr auf konkrete Verhaltenskonflikte eingegangen (genauer Text des Referats s. Anhang).

Dabei werden vor allem die beiden Problemsituationen, die in der Modellernbedingung verfilmt werden, sehr konkret behandelt. Es werden nicht nur die anzuwendenden Verhaltensprinzipien angegeben, sondern auch die konkreten Verhaltensschritte, mit denen diese beiden Konfliktsituationen zu lösen sind.

Zwischen den beiden Beispielen wird genauso wie im Modellfilm eine Schrifttafel mit der Zusammenfassung der vorgestellten Verhaltensprinzipien eingeblendet.

Die Dauer des auf Videobandes aufgenommenen Referates beträgt circa 6 Minuten.

Als Sprecherin fungiert eine Psychologiestudentin. Die Verwendung mehrerer Sprecher (als Pendant zur Verwendung mehrerer Modelle im Film) ist bei einem so kurzen Referat nicht sinnvoll.

3.3.3.3. Der Modellfilm

Bei der Realisierung des Videomodellfilms für den 2. Versuch gelten genau die Kriterien, die schon im 1. Versuch optimale Lernbedingungen sichern sollten. Es sollen also

- mehrere Modelle verwendet werden,

- Erfolge des Modellverhaltens sichtbar gemacht werden,
- 'advanced organizers' angeboten werden,
- die Modelle kompetent erscheinen,
- die Lerninhalte gut differenzierbar sein.

Gemäß diesen Bedingungen sollen die ausgewählten Problemsituationen

- Ein Patient will nicht den Tisch decken.
- Ein Patient will sich nicht ankleiden.

im Videofilm realisiert werden. Damit werden nur Situationen aus den Oberbereichen

- Ein Patient soll einen Dienst erledigen.
- Ein Patient soll etwas lernen

berücksichtigt. Der Problembereich

- Ein Patient soll an einer therapeutischen Aktivität teilnehmen.

ist durch kein Beispiel repräsentiert.

Drehbuch

Bei der Abfassung des Drehbuches gilt es folgende Prämissen zu berücksichtigen:

- Es wird angenommen, daß es ein Abkommen zwischen Patient und Pfleger gibt, welches den Pfleger berechtigt, die Forderung zu stellen.
- Wichtigstes Ziel ist es, den Patienten zu einer selbstständigen Ausführung des erwünschten Verhaltens zu bewegen.
- Der Erfolg des Modellverhaltens soll deutlich, aber nicht übertrieben herausgearbeitet werden.

In Szene I hat ein Patient nach dem allgemeinen Plan den Tisch zu decken, weigert sich aber, da er dazu keine Lust hat. Bei Beginn der Interaktion mit dem Pfleger lobt dieser ihn, weil der Patient immerhin schon die Tischdecke aufgelegt hat. Der Pfleger darf während der gesamten Zeit nicht dem Patienten direkt helfen, indem er den Tisch mitdeckt. Er stellt von Anfang an eine Belohnung in Aussicht ("Wenn Sie fertig sind, hole ich auch Kuchen.") und verstärkt auch kleine Schritte (z.B. Aufnehmen des Eßbestecks) mit deutlicher Zuwendung und verbalem Lob. Sitzt der Patient nur untätig herum, so wendet sich der Pfleger ab, genauso wie er ablenkende Fragen, die nicht mit dem Tischdecken zusammenhängen, ignoriert. Am Ende der Szene hat der Patient den Tisch gedeckt und verläßt gemeinsam mit dem Pfleger den Raum, um Kuchen zu holen.

In Szene II will sich der Patient nicht fertig ankleiden (gleiche Problemsituation wie in Szene I des 1. Versuchs). Da er beim Hereinkommen des Pflegers schon halb angekleidet ist, lobt dieser ihn, da er schon so weit sei. Er verspricht ihm einen gemeinsamen Spaziergang für den Fall, daß er sich fertig ankleidet. Danach wird jeder kleine Schritt in Richtung des gewünschten Verhaltens durch Zuwendung und verbales Lob verstärkt. Irrelevante Fragen des Patienten, untätiges Herumsitzen und das Ausziehen eines Kleidungsstückes werden vom Pfleger ignoriert. Am Ende der Szene ist der Patient fertig angekleidet und verläßt mit dem Pfleger das Zimmer zum Spaziergang.

Auch diese beiden Drehbücher wurden erst nach Rücksprache mit Experten aus der Psychiatrie fertiggestellt.

Aufnahme der Filmszenen

Für die Filmaufnahmen wurden wieder interessierte Psychologiestudenten gewonnen, die z.T. eine verhaltenstherapeutische Ausbildung absolviert hatten. Ihr Alter liegt zwischen 19 und 26 Jahren und entspricht damit dem Alter der angesprochenen Vpn.

In Szene I agieren ein weiblicher Patient und ein männlicher Pfleger. In Szene II sind beide Schauspieler weiblich. Die Dreharbeiten gestalteten sich genauso wie beim ersten Film.

Nach gemeinsamer Erarbeitung des Drehbuches und Diskussion der wichtigen Verhaltenskomponenten wurden die Szenen bei einem relativ breiten Verhaltensspielraum für die Schauspieler abgedreht. Es genügten für jede Szene 2 bzw. 3 Durchgänge bis zu einer zufriedenstellenden Fassung.

Insgesamt beträgt die Dauer des Filmes circa 13 Minuten.

Aufbau des Filmes

Folgendes Schema gibt den Ablauf des Filmes wieder:

FILM	Bild	Ton
Allgem. Vorspann	Einleitung	Sprecher
Szene I	Interaktion Patient - Pfleger Patient will nicht den Tisch decken	
Zwischenspann	Schrifttafel mit Verh. komponenten	Betonung d. Erfolgs Hinweis a. Ver.k.
Szene II	Interaktion Patient - Pfleger Patient will sich nicht ankleiden	

Abb. 10: Ablauf des Videofilms für das 2. Experiment

Im Vorspann führt ein Schauspieler, der nachher nicht in den Szenen mitspielt, in die Problematik des Films ein. Er stellt die verhaltenstherapeutischen Prinzipien der Verstärkung und der Löschung vor.

Er weist darauf hin, daß die beiden Szenen tatsächlichen Vorkommnissen entsprechen, die von echten Patienten und Pflegern für den Film nachgespielt wurden. Er bittet die Vp, die gezeigten Verhaltensprinzipien nach Ende des Films in einer Verhaltensprobe anzuwenden.

Zwischen den beiden Szenen des Films wird eine Schrifttafel eingeblendet, auf der die wichtigen Verhaltenskomponenten aufgeführt sind. Die Tafel wird gleichzeitig von einem Sprecher vorgelesen.

3.3.3.4. Die Verhaltensprobe

Als Grundlage für die Verhaltensbeobachtung und zur Einschätzung des Treatmenteffektes legen die Vpn Verhaltensproben ab.

In der Baseline sollen die Vpn der Experimentalgruppen I und III (EG I, EG III) spielen, wie sie einen Patienten dazu bewegen, den Tisch zu decken.

Im Nachtest haben die Vpn aller Versuchsgruppen zu zeigen, wie sie unter Anwendung der gezeigten Verhaltensprinzipien einen Patienten dazu bekommen, sich fertig anzukleiden.

Diese Verhaltenstests unterscheiden sich insofern von üblichen Rollenspielen, als die Vpn zeigen sollen, wie sie sich in der Situation tatsächlich verhalten, und sie keine Anweisung erhalten, eine andere 'Rolle' zu spielen. Daher ist auch nicht zu erwarten, daß die Methode 'Verhaltenstest' als solche einen modifizierenden Einfluß auf Einstellung und Verhalten der Vpn hat.

Wichtige Voraussetzung für eine Vergleichbarkeit der Daten ist natürlich eine strenge Kontrolle der Situationen und Reize, auf die die Vpn zu reagieren haben.

Eine Standardisierung der Reize wird dadurch erreicht, daß ein Vertrauter des V1 als Schauspieler eingesetzt wird und ein sehr festes, vorher ausgearbeitetes und eingeübtes Verhaltensrepertoire anbietet.

Dieses Verhaltensrepertoire muß so beschaffen sein, daß

eine große Breite an Schauspieleraktionen - von erwünschtem bis unerwünschtem Verhalten - für die Vp zu bewältigen ist.

Dadurch ist es der Vp möglich, auf unerwünschtes oder erwünschtes Verhalten des Patientenschauspielers jeweils richtig oder falsch zu reagieren.

Als standardisierter Ablauf des Schauspielerverhaltens wurde für beide Verhaltenstests folgendes festgelegt:

- eine Minute Schweigen und untätiges Herumsitzen zu Beginn des Tests,
- ein Ablehnen der Aufgabe ("Heut' hab ich aber keine Lust"),
- eine Aufforderung an den Pfleger, es doch selbst zu machen ("Wofür sind Sie denn eigentlich da?"),
- ein Ablenken ("Haben Sie gestern Fußball geguckt?"),
- ein zögerndes Annähern an die erwünschte Handlung (langsames Hinwenden zum Tisch bzw. zum nächsten Kleidungsstück),
- eine Durchführung der geforderten Handlung (Hinstellen einer Tasse bzw. Anziehen eines Socken).

Dieses Grobmuster übte der Schauspieler in einigen Verhaltenstests mit unterschiedlichen Spielpartnern ein. Er lernte so auch, in den einzelnen Phasen flexibel zu sein und z.B. auf ein Gespräch mit dem Spielpartner einzugehen, dieses aber so rechtzeitig wieder abubrechen, daß er auch noch die anderen Standardreize anbieten kann. Es wurde für alle Verhaltensproben nur ein Schauspieler ausgebildet, um eventuelle Störeinflüsse durch den Einsatz unterschiedlicher Schauspieler zu vermeiden. Da die einzelnen Verhaltenstests relativ kurz sind und über einen längeren Zeitraum verteilt sind, sind keine Einflüsse durch Ermüdung des Schauspielers o.ä. zu erwarten.

3.3.3.5. Das Beobachtungssystem

Zur Erfassung komplexen Verhaltens eignen sich unter den Beobachtungssystemen besonders gut die Ratingsysteme (LANGER & SCHULZ von THUN 1974). In unserem Fall, in dem es um ein relativ eng umschriebenes Verhaltensmerkmal geht (rehabilitatives Verhalten), ist das konzeptorientierte Rating angemessen (STEPHAN 1978).

Drei Voraussetzungen müssen dafür gegeben sein:

- eine genaue Beschreibung des einzustufenden Merkmals,
- eine Handhabungsvorschrift für die einzelnen Skalenstufen,
- Beispiele als Ankerreize für jede Skalenstufe.

Als Handanweisung für die Rater ist also eine genaue Operationalisierung dessen zu leisten, was in den beiden Verhaltenstests unter rehabilitationsförderndem bzw. rehabilitationshemmendem Verhalten zu verstehen ist. Diese Handanweisung wurde gemeinsam mit den verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Ratern in Anlehnung an die Training Proficiency Scale (GARDNER, BRUST & WATSON 1970) erarbeitet (Handanweisung s. Anhang).

Anhand dieser Tabelle haben die Rater je Vp je Zeiteinheit einen Wert zwischen 0 und 3 zu vergeben.

Es wurde eine 4-Punkteskala ohne Mittelpunkt ausgewählt, um die Rater zu einem Urteil in der einen oder anderen Richtung zu zwingen und Einflüsse einer Tendenz zur zentralen Mitte auszuschalten.

Inhaltlich waren die Punktwerte wie folgt besetzt:

0 - - überwiegend rehabilitationshemmend

1 - - eher rehabilitationshemmend

2 - - eher rehabilitationsfördernd

3 - - überwiegend rehabilitationsfördernd

Zum Rating wurden zwei Beobachter eingesetzt und festgelegt, daß bei Urteilsabweichungen von einem Punkt die Punktwerte je Zeiteinheit gemittelt werden.

Bei Punktabweichungen von zwei oder drei Punkten sollen die Werte nicht in die Auswertung aufgenommen werden.

Der Gesamtpunktwert ergibt sich dann aus der Summe der gemittelten Punktwerte der Zeiteinheiten, die in der Wertung bleiben.

Als Länge der Verhaltensproben war zunächst 7,5 Minuten vorgesehen. In mehrmaligen Trainingsproben stellte sich jedoch heraus, daß diese Zeit für die beiden Testabsolventen zu lang war und sich negativ auf Konzentration und Aufmerksamkeit auswirkte. Daraufhin wurden 5 Minuten als Dauer der Verhaltensprobe festgelegt. Dies erwies sich als die Zeit, in der der Patientendarsteller alle Standardreize anbieten konnte, die aber auch nicht zu lang war.

Bei der Zeitbemessung der einzelnen Beobachtungseinheiten erwiesen sich 10 Sekunden als ein zu kurzer und 30 Sekunden als ein zu langer Zeitraum. Mit den Ratern wurde daraufhin ein Zeitraum von 20 Sekunden als Beobachtungseinheit festgelegt.

Eine Pause von 5 oder 10 Sekunden, die jeweils nach einer Beobachtungseinheit zum Eintragen des Urteils geplant war, erwies sich als nicht notwendig.

Es ergaben sich also insgesamt 15 Beobachtungseinheiten je 20 Sekunden, die eine Gesamtbeobachtungsdauer von 5 Minuten ergaben.

Zur Protokollierung der Beobachtungsurteile und eventuell auftretender Besonderheiten wurde ein Protokollierungsschema entworfen, das für jede Vp ausgefüllt wurde (s. Anhang).

Die Schulung der Rater erwies sich als relativ einfach. Da beide Schwerpunktausbildungen in VT absolviert hatten und schon an der Erarbeitung der Operationalisierung der Merkmalskategorien, der Festlegung der Beobachtungsdauer, der Länge der Beobachtungseinheiten und der zu vergebenden Punktwerte beteiligt waren, wurde in relativ kurzer Zeit eine Raterübereinstimmung von 90 bis 100 % erreicht, was als ausreichend angesehen wird.

3.3.4. Versuchshypothesen

Nach der Aufstellung des Versuchsplanes und der Ausarbeitung der Versuchsmaterialien und des Meßinstrumentes können die allgemeinen Versuchsannahmen des allgemeinen empirischen Teils für dieses zweite Experiment wie folgt spezifiziert werden:

1. Die Werte der Experimentalgruppen I und III entstammen einer Grundgesamtheit, so daß die Gruppen vergleichbar sind.
2. Die Gesamtpunktwertergebnisse der Experimentalgruppen I und II, sowie der Experimentalgruppen III und IV unterscheiden sich jeweils im Nachtest nicht voneinander.
3. Der Gesamtpunktwert der Experimentalgruppen I und III erhöht sich von der Baseline zum Nachtest signifikant.
4. Die Gesamtpunktwerte der Experimentalgruppen I und II sind nach dem experimentellen Treatment signifikant höher als die Gesamtpunktwerte der Experimentalgruppen III und IV.

3.3.5. Versuchspersonen

Für das 2. Experiment standen Schüler/innen des ersten Ausbildungsjahres (Unterkurs) zur Verfügung. Die Klasse bestand aus insgesamt 26 Auszubildenden.

Es wurde entsprechend festgelegt, daß jede Versuchsgruppe aus sechs Vpn bestehen solle.

Die Vpn dieser Klasse unterschieden sich nach Alter (18 - 25 Jahre) und vorheriger Ausbildung (weit über die Hälfte hatte eine Fachoberschule absolviert) kaum voneinander, so daß diese Variablen bei der Vpn - Verteilung außerachtgelassen werden konnten.

Auch der Faktor 'Rollenspielerfahrung' brauchte nicht beachtet zu werden, da nur ein Schüler im Vorgespräch angab, schon einmal ein Rollenspiel gemacht zu haben.

Die einzige Variable, nach der genauso wie im 1. Versuch parallelisiert wurde, war das Geschlecht. Die Zusammensetzung der Schulklasse ergab, daß in jeder Versuchsgruppe 4 weibliche und 2 männliche Vpn waren.

Im übrigen wurde die Zuteilung der Vpn zu den einzelnen Versuchsgruppen nach den Unterlagen der Schulleiterin zufällig vorgenommen. Dabei wurden den Experimentalgruppen I und III (jeweils mit Baseline) die Vpn zugeteilt, die am Tage der Baselineerhebung zur Verfügung standen (genaue Daten der Vpn s. Anhang).

3.3.6. Versuchsablauf

In einem ersten Gespräch machten sich circa 2 Wochen vor der Baselineerhebung der V1, die Rater und der Verhaltensprobenschauspieler der Klasse bekannt und gaben kurze Informationen über den beabsichtigten Versuch (Inhalt der Vorinformationen s. Anhang).

Wir baten um Verständnis, daß wir vor dem Versuch nicht mehr Informationen geben wollten, um nicht den Versuchsablauf zu beeinflussen. Es wurde der Klasse zugesagt, nach dem Versuch genaue und umfangreiche Informationen, auch über erste Ergebnisse, zu geben.

Daran schloß sich eine kurze Diskussion an, in der wir überprüfen wollten, ob die ausgewählten Problembereiche auch im Rahmen dieser Klasse Gültigkeit hatten. Die Beiträge der Auszubildenden bestätigten unsere Erwartungen. Am Ende dieses Vorgesprächs erklärten sich alle Schüler dieses Unterkurses bereit, am Versuch teilzunehmen.

Die Baselineerhebung circa 14 Tage später verlief wie geplant. Die 12 Vpn der Experimentalgruppen I und III wurden von der Schulleiterin einzeln von den Stationen gerufen. Nach Angaben der Schulleiterin war es durchaus üblich, für Besprechungen Auszubildende auch während des Dienstes in die Schule zu rufen, so daß sich hieraus keine Probleme ergaben.

Jede Vp erhielt dann vom V1 in einem Schulraum die Instruktion und wurde in den Versuchsraum geführt. Die Baselineerhebung mit den 12 Vpn der Experimentalgruppen I und III konnte so in circa 3 Stunden reibungslos abgeschlossen werden.

Für die Durchführung des Haupttests waren zwei Versuchstage notwendig, da allein der Aufbau der Videoanlage einige Zeit in Anspruch nahm.

Außerdem waren nicht alle 24 Vpn der vier Versuchsgruppen an einem Versuchstage zu erreichen.

Zu dem Haupttest rief wiederum die Schulleiterin die Vpn einzeln von den Stationen in die Schule. Einige Schüler mussten aus dem Wohnheim geholt werden, da sie an beiden Tagen dienstfrei hatten.

Einzeln und in Anwesenheit des V1 sahen die Vpn dann in einem abgedunkelten Raum den entsprechenden Videofilm (je nach Versuchsgruppe Modellfilm oder Referat) und erhielten anschließend die Instruktion.

Nachdem eventuelle Verständnisfragen geklärt waren, wurden die Vpn in den benachbarten Versuchsraum geführt, in dem sofort die Verhaltensprobe begann. Kurz nach dem Eintreten der Vp schaltete einer der Rater das Tonband ein, das immer zu Ende einer Beobachtungseinheit ein leises Signal gab.

Die Reihenfolge der Vpn wurde vom V1 so gewählt, daß der Patientenschauspieler und die beiden Rater nicht erkennen konnten, welches Treatment die Vp erhalten hatte. Dies ging im übrigen auch nicht aus dem Protokollierungsschema hervor, auf dem vom V1 nur das Geburtsdatum der Vp vermerkt wurde.

Dank der engagierten Mithilfe der Schulleiterin war es möglich, die 24 Hauptversuche an zwei Versuchstagen reibungslos durchzuführen.

Der Schauspieler war in der Lage, in jedem Versuch alle geplanten Standardreize zu spielen.

Nach Angaben der Rater gestaltete sich seine Schauspielleistung über die einzelnen Verhaltenstests sehr gleichmäßig.

3.3.7. Auswertung der Versuchsergebnisse

Für die Auswertung müssen die jeweiligen Gesamtpunktwerte der einzelnen Vpn (Rohdaten s. Anhang) durch die Anzahl der in der Wertung verbliebenen Urteile gemittelt werden.

Es ergeben sich dann folgende Werte:

Vp	EG I		EG II	EG III		EG IV
	Basel.	Nacht.	Nacht.	Basel.	Nacht.	Nacht.
1	0,06	2,56	2,7	0,39	1,73	1,42
2	0,26	1,9	1,16	0,53	1,82	1,06
3	0,43	2,9	1,3	0,1	0,53	0,39
4	0,36	2,93	2,54	0,13	1,62	1,66
5	0,47	1,33	2,7	0,23	0,65	1,3
6	0,13	2,7	0,75	0,27	1,9	0,8
$\bar{x}$	0,27	2,39	1,86	0,28	1,38	1,11

Tab. 1: Darstellung der gemittelten Gesamtpunktwerte aller Vpn und der Mittelwerte der Versuchsgruppen

Auch bei diesen Daten muß man davon ausgehen, daß keine Normalverteilung vorliegt.

Die statistische Überprüfung der Mittelwertunterschiede muß daher mit parameterfreien Tests erfolgen.

Genau wie im ersten Experiment liegen ordinalskalierte Daten vor.

Die Mittelwertunterschiede zwischen unabhängigen Stichproben sollen mit dem U-Test nach MANN & WHITNEY überprüft werden (CLAUSS & EBNER 1972, S. 205 ff.).

Die Mittelwertunterschiede zwischen abhängigen Stichproben sollen mit dem WILCOXON-Test überprüft werden (CLAUSS & EBNER 1972, S. 222 ff.).

Das Signifikanzniveau wird auf $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Zur Überprüfung der Raterübereinstimmung soll der Äquivalenzkoeffizient berechnet werden.

Vergleich der Baselinewerte der EG I und EG III

Beim Vergleich der Baselinewerte der Experimentalgruppen I und III ergibt sich bei der Anwendung des U-Tests nach MANN & WHITNEY eine Überschreitungswahrscheinlichkeit von

$$\gamma = 0,938.$$

Dies gilt bei zweiseitiger Fragestellung und $n_{1/2} = 6$

Da $\alpha < \gamma$ wird H_0 angenommen.

Es besteht also kein signifikanter Unterschied zwischen den Baselinedaten der EG I und der EG III.

Da die Baselinedaten der Vpn somit aus einer Grundgesamtheit stammen, sind auch die Nachtestdaten der Gruppen miteinander vergleichbar.

Vergleich der Nachtestwerte der EG I und II, sowie III und IV

Beim Vergleich der Nachtestwerte von EG I (mit Baseline) und EG II (ohne Baseline) ergibt sich bei $n_{1/2} = 6$ und einseitiger Fragestellung als Überschreitungswahrscheinlichkeit

$$\gamma = 0,09.$$

Damit gilt $\alpha < \gamma$. Dies bedeutet die Annahme von H_0 .

Die Berechnung bei den Mittelwertunterschieden im Nachtest ergibt zwischen EG III und EG IV die Überschreitungswahrscheinlichkeit

$$\gamma = 0,16.$$

Dies gilt bei $n_{1/2} = 6$ und einseitiger Fragestellung.

Da $\alpha < \gamma$ wird die Nullhypothese H_0 angenommen.

Sowohl im Vergleich von EG I mit EG II, als auch im Vergleich von EG III mit EG IV zeigt sich, daß die Baseline keinen signifikanten Übungseffekt auf die Nachtest-Verhaltensprobe hatte.

Obwohl eine Tendenz zur Überlegenheit der Gruppen mit Baseline festzustellen ist, ist ein Gesamtvergleich der Gruppen EG I + EG II gegen EG III + EG IV gerechtfertigt.

Vergleich von Baseline- und Nachtestwerten der Gruppen EG I und EG III

Die Mittelwertveränderungen von der Baseline zum Nachtest in den Experimentalgruppen I und III werden mit Hilfe des WILCOXON Tests überprüft.

Es ergibt sich für EG I:

$$T = 0 \quad (n_{1/2} = 6; \text{einseitige Fragestellung}).$$

Bei $T_{\text{krit}} = 0$ ist $T = T_{\text{krit}}$.

Damit wird H_0 zurückgewiesen.

Es ergibt sich für EG III:

$$T = 0 \quad (n_{1/2} = 6; \text{einseitige Fragestellung}).$$

Auch hier gilt also $T = T_{\text{krit}}$.

Somit wird H_0 abgewiesen.

Sowohl bei der Filmgruppe (EG I) als auch bei der Referatgruppe (EG III) ist ein signifikanter Anstieg der Punktwerte von der Baseline zum Nachtest zu verzeichnen.

Vergleich der Nachtestwerte der Filmgruppe (EG I + EG II)
und der Referatgruppe (EG III + EG IV)

Der Vergleich der Filmgruppe und der Referatgruppe wird als Vergleich unabhängiger Stichproben mit dem WILCOXON Test durchgeführt. Es ergibt sich nach der Berechnung:

$$U = 29.$$

U_{krit} ist bei $n_{1/2} = 12$ und einseitiger Fragestellung:

$$U_{\text{krit}} = 31 \quad (\alpha = 0,05).$$

Da $U < U_{\text{krit}}$ wird H_0 zurückgewiesen.

Die Nachtestwerte der Vpn mit Modellfilmtreatment sind damit signifikant höher als die Nachtestwerte der Vpn mit Referattreatment.

Die Tabelle am Ende des Anhangs gibt einen Überblick über die erhaltenen Ergebnisse.

Übereinstimmung der Raterurteile

Die Intersubjektivität der Raterurteile ergab sich als Äquivalenzkoeffizient (in %) je Versuchsgruppe in völlig übereinstimmenden Urteilen und gültigen Urteilen, bei denen die Werte der Rater um einen Skalenwert voneinander abwichen, wie folgt:

Versuchsgruppe	übereinst. Urteile	gültige Urteile
EG I Baseline	72,8	98,3
EG III Baseline	72,8	95
EG I Nachtest	83,3	100
EG II Nachtest	62,2	90
EG III Nachtest	60	94,4
EG IV Nachtest	54	95,6

Tab. 2: Äquivalenzkoeffizienten der Raterurteile je Gruppe und Versuchsdurchgang in %

Damit ist eine genügend große Intersubjektivität gegeben, da bei jeder Versuchsgruppe mindestens 90 % der Urteile gültig sind.

Entwicklung der Einzelwerte über die Beobachtungsdauer

Aus der Betrachtung der graphischen Darstellung der Entwicklung der maximal 30 Urteilswerte je Vp aus EG I und EG III (graphische Darstellung der Punkteverteilung aller Vpn s. Anhang) geht z.T. der Lernerfolg sehr eindrucksvoll hervor.

Als Beispiel die graphische Darstellung der Vp 6 aus EG III:

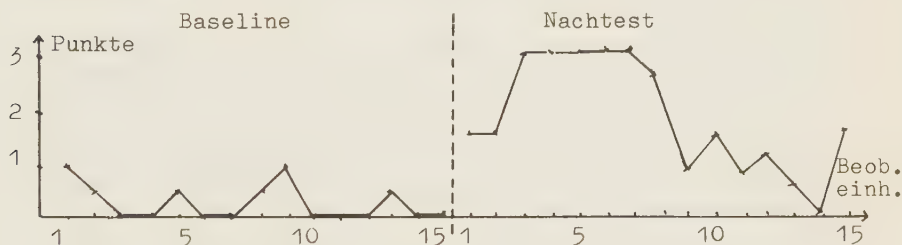


Abb. 11: Werteverlauf der Vp 6 aus EG III über die 30 Beobachtungseinheiten

Neben der auffälligen Steigerung der Werte von der Baseline zum Nachttest ist folgendes interessant und auch für andere Vpn typisch:

Innerhalb des Nachttests werden von den Vpn in der ersten Hälfte des Verhaltenstests überwiegend gute Ergebnisse erzielt, während in der zweiten Hälfte meist schlechtere und fast immer unregelmäßigere Leistungen gezeigt werden. Dies ist vermutlich eine Folge der Schauspielerstandardreize, die von der Vp bestimmte Reaktionen verlangen. In der ersten Hälfte des Verhaltenstests sind entsprechend überwiegend Löschungsmaßnahmen richtig, während in der zweiten Hälfte auch verstärkende Verhaltensweisen verlangt werden.

Es läßt sich bei vielen Vpn erkennen, daß sie zwar in

der Lage sind, falsche Verhaltensweisen zu löschen, aber weniger fähig sind, richtige Verhaltenskomponenten zu verstärken.

Diese Feststellung, die sich aufgrund einer qualitativen Betrachtung der Daten treffen läßt, stimmt auch mit Gesamteinschätzungen der Rater überein, denen dies besonders aufgefallen war.

3.3.8. Interpretation der Versuchsergebnisse

Die statistische Überprüfung bestätigte zwei Grundannahmen, die wichtige Voraussetzung für die Interpretierbarkeit der Daten sind.

Die Erwartung, daß sich die Baselinedaten nicht unterscheiden würden, bestätigte sich sehr deutlich. Mit 0,27 Punkten in der EG I und 0,28 Punkten in der EG III sind die in der Baseline erreichten Werte fast identisch, wobei zusätzlich noch die Schwankungsbreite der Werte ausgesprochen gering ist.

Da die Vpn, die die Baseline zu absolvieren hatten, zufällig aus der Gesamtfilm- bzw. Gesamtreferatgruppe ausgewählt worden waren, ist davon auszugehen, daß alle Vpn einer Grundgesamtheit entstammen. Damit ist eine Grundvoraussetzung für die Vergleichbarkeit der Daten erfüllt. Die zweite Vorannahme, daß sich die Baselineverhaltensprobe nicht auswirken würde, konnte ebenfalls bestätigt werden. Es unterschieden sich weder die Nachtestwerte von EG I und EG II, noch die von EG III und EG IV signifikant voneinander.

Allerdings ist zwischen EG I und EG II ein relativ großer Mittelwertunterschied zu verzeichnen. Während der Mittelwert in der EG I bei 2,39 Punkten liegt, liegt er in der EG II nur bei 1,86 Punkten.

Ein Grund dafür liegt in dem extrem schlechten Punktergebnis der Vp 6 aus der EG II. Diese Vp hatte an dem Versuchstag keine große Lust, "gerade heute" den Versuch zu machen. Sie nahm aber auf unsere Bitte trotzdem daran teil. Ihr schlechtes Ergebnis deutet auf die Wichtigkeit

der Motivation für die Effektivität von Lernbedingungen auch auf der Ebene des Modelllernens hin.

Ließe man das Ergebnis dieser Vp bei der Mittelwertberechnung für EG II beiseite, so ergäbe sich mit 2,08 Punkten ein Wert, der sich längst nicht mehr so stark vom Mittelwert der EG I unterschiede.

Es läßt sich also feststellen, daß die Baselineverhaltensprobe als solche keinen modifizierenden Einfluß auf die Leistung der Vpn hatte.

Damit ist auch ein Zusammenfassen der Werte von EG I und EG II (beide Modellfilm) und der Werte von EG III und EG IV (beide Referat) zum Zwecke der statistischen Überprüfung des Treatmenteffektes statthaft.

Diese statistische Überprüfung liefert eine Bestätigung der dritten Hypothese. Es stellt sich also sowohl in der EG I als auch in der EG III ein signifikanter Lernerfolg von der Baseline zum Nachtest ein.

In der EG I verändert sich der Mittelwert von 'überwiegend rehabilitationshemmend' nach 'eher rehabilitationsfördernd' bis 'überwiegend rehabilitationsfördernd'.

In der EG III bewegt sich der Mittelwert von 'überwiegend rehabilitationshemmend' nach 'eher rehabilitationshemmend' bis 'eher rehabilitationsfördernd'.

Damit ist also wie erwartet sowohl für das Modelllernen, als auch für das Referat eine verhaltensmodifikatorische Wirkung nachgewiesen.

Der statistische Vergleich der beiden Treatmentbedingungen zeigt eine eindeutige, statistisch signifikante Überlegenheit des Modellfilmtreatments und bestätigt somit die vierte Hypothese.

Die Modellfilmszenen waren geeigneter rehabilitationsfördernde Verhaltenstechniken so zu vermitteln, daß die Vpn sie auch selbst anwenden konnten.

Die signifikante Überlegenheit des Modelllernens bestätigt damit die Erwartung, daß komplexe Verhaltensmuster auf einer Ebene, die auch die Verhaltenskomponenten einbezieht, besser zu vermitteln sind als durch verbale Informationsgabe, die weitgehend nur die Aneignungsebene

beeinflußt.

Daß die unterschiedlichen Lernerfolge der Vpn mit Modellfilm- bzw. Referattreatment auf andere als die experimentellen Bedingungen zurückzuführen sind, ist unwahrscheinlich, da sämtliche Bedingungen - bis auf die Länge der Videovorführung - für alle Vpn gleich waren. Während die Modellfilmszenen circa 13 Minuten dauern, beträgt die Länge des Referatbandes nur circa 6 Minuten. Dies ist dadurch bedingt, daß im Film mehrere längere Passagen enthalten sind, in denen der jeweilige Patient untätig herumsitzt und der Pfleger sich entsprechend abwendet. Dies kann jedoch für das experimentelle Ergebnis nicht ausschlaggebend sein, da inhaltlich das Gleiche vermittelt wird und die reine Zeitdauer somit kaum für den unterschiedlichen Leistungserfolg verantwortlich gemacht werden kann.

Es läßt sich also feststellen, daß das Modellernen bei komplexen Erwachsenenlernprozessen prinzipiell anwendbar und üblichen Methoden der Informationsvermittlung überlegen ist.

3.4. Zusammenfassende Interpretation beider Experimente

In einer Gesamtbetrachtung der beiden Experimente läßt sich feststellen, daß die abgeleiteten Inhalte, die an die Krankenpfleger vermittelt werden sollten, durchaus adäquat waren und zwar in zweierlei Hinsicht.

1. Zum einen schlossen die Inhalte an den subjektiven Bedürfnissen und dem Erfahrungshorizont der Krankenpfleger unmittelbar an. Wie aus dem allgemeinen Interesse am Versuch und den jeweiligen Nachbesprechungen zu den Versuchen hervorgeht, steht gerade bei Auszubildenden die Frage der Umsetzung rehabilitationsfördernder Zielsetzungen in konkretes Verhalten auf der Station und die Vorbereitung auf Kommunikations- und Interaktionsprobleme im Vordergrund. Dies ist unter anderem eine Konsequenz des gestiegenen öffentlichen Interesses an der psychiatrischen Versorgung und einer sich langsam durchsetzenden Einstellungsänderung bezüglich der Ziele der institutionellen Psychiatrie.
2. Diesen neuen Zielen wurden und werden die in der vorliegenden Arbeit abgeleiteten Lerninhalte gerecht. Auf der Ebene der allgemeinen gesamtpsychiatrischen Konzeptionen ist man sich mittlerweile einig, daß die Rehabilitation der Patienten eines der wichtigsten Ziele sei.

Auch die Vorstellungen über die Umsetzung dieser Rehabilitationsorientierung in konkrete Organisationsformen und in konkrete Stationsarbeit nehmen differenzierte Formen an.

DÜRNER, KÖCHERT, VON LAER & SCHERLER (1979) legten unlängst ein gemeindepsychiatrisches Konzept vor, aus dem sich auch die zukünftigen Tätigkeitsanforderungen an das Pflegepersonal ableiten lassen. Techniken der VT und der GT - wie sie in den beiden Experimenten der vorliegenden Arbeit vermittelt wurden - gehören in jedem Fall zu den Fähigkeiten, die in der Ausbildung gelernt und trainiert werden müssen.

Dabei gewinnt vor allem die VT in der intramuralen Psychiatrie immer mehr an Bedeutung. Die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten werden von HERSEN & BELLACK (1978) sehr gut und umfassend dargestellt.

Bei der Frage der Vermittlungsmethode für diese komplexen Inhalte erwies sich in den Experimenten der vorliegenden Arbeit die Überlegenheit des Modellernens.

Zwar wurden auch mit dem üblichen Lehrstil (Referat, Vortrag) Lernerfolge erreicht (im 2. Experiment sogar signifikante), doch lagen die Werte der Modellerngruppen jeweils höher und unterschieden sich im 2. Experiment auch signifikant von den Endwerten der Referatgruppe. Damit ist also zum einen der generelle Nachweis der Anwendbarkeit des Modellernansatzes auf komplexe Erwachsenenlernprozesse gelungen und zum anderen die höhere Effizienz gegenüber dem Frontalunterricht bei der Vermittlung komplexer Verhaltensmuster nachgewiesen.

Dieses Ergebnis bestätigt eine These von HERSEN & BELLACK (1978), die aufgrund einer Zusammenstellung von Versuchsergebnissen auf diesem Gebiet zu der Folgerung kommen, daß das reine Lehren ('lecturing') bei der Vermittlung komplexer verhaltensmodifikatorischer Techniken nicht ausreicht und verhaltensbezogene Vermittlungsmethoden wie das Modellernen oder das Rollenspiel wesentlich effektiver sind.

Mittlerweile gibt es auch schon erste Versuche, das Modellernen in festen Trainingsprogrammen aufzunehmen. STELLER, HOMMERS & ZIENERT (1978) erarbeiteten ein solches Programm für Sozialarbeiter, die sich mit jugendlichen Delinquenten befassen.

Angestrebt sind dabei meist Kombinationen von Ausbildungsmethoden wie Rollenspiel, Modellernen, videounterstützte Verhaltenstrainings usw.

Dies wird sich auch innerhalb der Ausbildung psychiatrischen Krankenpflegepersonals auf die Dauer am erfolgreichsten erweisen, vor allem, wenn es nicht mehr nur um die Initiierung neuen Verhaltens, sondern auch um die lang-

fristige Stabilisierung dieser neuen Verhaltensmuster geht.

Eine solche langfristige Stabilisierung der neu gelernten Verhaltensmuster setzt natürlich voraus, daß die Arbeitsbedingungen auf der Station auch eine Verhaltensausführung zulassen. Probleme wie Zeit- oder Personalmangel, fehlendes Verständnis bei älteren Kollegen oder Widerstände bei Mitarbeitern aus anderen Berufen müssen in der Ausbildung aufgegriffen werden. Lösungen solcher Konflikte können wiederum durch Modellernen oder Rollenspiele geübt werden.

Eine zweite wichtige Bedingung für die Ausführung des neu gelernten Verhaltens ist der Einsatz von Verstärkung. Je nach gegebenen Bedingungen sollten im theoretischen Unterricht Selbstverstärkungsmechanismen aufgebaut werden, in den Modellfilmen die stellvertretende Verstärkung gezielt eingesetzt werden, oder aber auch in der Stationsarbeit Verstärkungsprogramme mit direkter Verstärkung durchgeführt werden.

Vergleicht man die beiden Experimente bezüglich der verwendeten Meßinstrumente miteinander, so sprechen die Ergebnisse für eine Überlegenheit des Verhaltenstests gegenüber dem verhaltensorientierten Fragebogen.

Die beiden Experimente unterschieden sich vor allem in folgendem:

- Während im ersten Experiment gesprächs- und verhaltenstherapeutische Techniken vermittelt wurden, berücksichtigte das zweite Experiment nur verhaltenstherapeutische Techniken.
- Während das Referat im ersten Experiment von einem V1 vorgetragen wurde, wurde es im zweiten Experiment ebenso wie der Modellfilm über eine Videoanlage vorgespielt.
- Während im ersten Experiment das Ausfüllen der Fragebogen und das Ansehen des Modellfilms bzw. Vortrages in der Gruppe durchgeführt wurde, erfolgte im zweiten Experiment das experimentelle Treatment und der Verhaltenstest jeweils einzeln.

- Während im ersten Experiment die Versuchsgruppen nur aus je 3 - 7 Vpn bestanden, setzten sich im 2. Experiment die Modellfilm- bzw. Referatgruppe aus je 12 Vpn zusammen.
- Das Referat des zweiten Experimentes war wesentlich konkreter und damit verhaltensnäher gestaltet als das Referat des ersten Experiments.
- Während im ersten Experiment ein verhaltensorientierter Fragebogen als Indikator für Verhalten bzw. Verhaltensänderung diente, wurde im zweiten Experiment das Verhalten selbst in einem halbstandardisierten Verhaltens-test beobachtet und von Ratern eingeschätzt.

Welcher oder welche dieser Faktoren schließlich für die unterschiedlichen Ergebnisse verantwortlich gemacht werden können, läßt sich nicht sicher sagen. Es deutet jedoch viel darauf hin, daß dem Meßinstrument die entscheidende Bedeutung zukommt und die übrigen Modifikationen vom ersten zum zweiten Experiment nur von untergeordneter Bedeutung sind.

Diese Vermutung wird vor allem auch von den bisher zum Modellernen durchgeführten Untersuchungen von BRUDER & DÜTTMANN (1976), GÖTZE, GROSS, RUDZKI & SCHIERENBERG (1975), HAUSSLEITER & KUSCHEL (1977) und KRAMAYER (1975) gestützt. In diesen Experimenten war genau wie im ersten Experiment der vorliegenden Arbeit ein Fragebogen der Indikator für Verhalten und Verhaltensänderung. Die übrigen Bedingungen der Versuchsplanung und Versuchsdurchführung unterschieden sich bei den genannten Untersuchungen nicht von denen der vorliegenden Experimente. Keine der genannten Untersuchungen konnte eine Modellernwirkung signifikant nachweisen. Von den jeweiligen Autoren wurde dies vor allem auf das Meßinstrument zurückgeführt, das nicht genügend in der Lage war, zwischen Verhaltensaneignung und Verhaltensausführung zu differenzieren.

Das zweite Experiment der vorliegenden Arbeit hat nun

den Nachweis gebracht, daß der Verhaltenstest in der Lage sein kann, auch die Verhaltensaussführungsebene adäquat zu erfassen und somit eine Grundlage zur Beurteilung der Effizienz verschiedener Verhaltensvermittlungsmethoden zu liefern.

Damit können zumindest Aussagen darüber getroffen werden, ob jemand bestimmte Verhaltensfertigkeiten in seinem Verhaltensrepertoire hat. Solche Aussagen sind natürlich relevanter als Aussagen über das Wissen um Verhaltensfertigkeiten.

Die tatsächliche Ausführung der beherrschten Verhaltensfertigkeiten hängt natürlich von den konkreten Bedingungen auf der Station ab. Daher müssten in zukünftigen Experimenten Beobachtungen auf der Station über das tatsächliche Verhalten durchgeführt werden, um zu einer realistischen Einschätzung der Vorhersagefähigkeit eines Verhaltenstests zu kommen.

Es ist jedoch schon jetzt festzuhalten, daß der Verhaltenstest ein sicherer Indikator dafür ist, ob jemand in der Lage ist, ein bestimmtes Verhalten auszuführen.

Zur Lernkontrolle innerhalb der Ausbildung ist der Verhaltenstest damit ein ausreichendes und sehr praktikables Instrument.

Abschließend läßt sich aufgrund der beiden durchgeführten Experimente folgendes feststellen:

1. Das Modellernen ist eine effektive Methode zur Vermittlung komplexer Verhaltensmuster an Erwachsene und vermutlich herkömmlichen Methoden zur Vermittlung von Lerninhalten in diesem Bereich überlegen.
2. Innerhalb der Ausbildung psychiatrischen Krankenpflegepersonals kann durch das Modellernen eine effektive Vorbereitung auf Kommunikations- und Interaktionsprobleme auf der Station geleistet werden und die Lücke zwischen theoretischer Ausbildung und praktischer Stationsarbeit geschlossen werden.
3. Ein halbstandardisierter Verhaltenstest ist in Ver-

bindung mit einem Beobachtungssystem ein besseres Instrument zur Beurteilung von Verhalten und Verhaltensänderung als ein verhaltensorientierter Fragebogen, der Verhaltensabsichten mißt.

Diese Ergebnisse sind wahrscheinlich generalisierbar auf alle Situationen, in denen Erwachsene verhaltensmodifikatorische Fertigkeiten kommunikativer oder interaktiver Art erlernen sollen.

4. ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Ausbildung psychiatrischen Krankenpflegepersonals durch Bereitstellung adäquater Unterrichtsmethoden zu verbessern.

Die Umsetzung rehabilitationsorientierter Ziele in konkretes Verhalten im Umgang mit den Patienten stellte sich in der theoretischen Analyse des Tätigkeitsfeldes und der empirischen Absicherung durch Fragebogen und Diskussionen mit Betroffenen als größtes Problem der Arbeit psychiatrischen Krankenpflegepersonals heraus. Die üblichen Lehrmethoden erwiesen sich bei der Vorbereitung auf die Kommunikations- und Interaktionsprobleme als ineffektiv, weil sie die konkrete Verhaltensebene außerachtlassen.

In zwei aufeinander aufbauenden Feldexperimenten, die in der Krankenpflegeschule des WLK Lengerich stattfanden, wurde die Effektivität des Modellernens mit der Effektivität eines Referats verglichen.

Im ersten Experiment wurden im Modellfilm bzw. Referat Techniken der GP und der VT an den Mittelkurs der Krankenpflegeschule vermittelt. Selbstentwickelte, verhaltensorientierte Fragebogen sollten Lernerfolge erfassen. Trotz statistisch nicht signifikanter Unterschiede zwischen den Versuchsgruppen deutete sich die tendenzielle Überlegenheit des Modellernens an.

In einem daran anschließenden zweiten Experiment wurden nur noch verhaltenstherapeutische Techniken an den Unterkurs der Krankenpflegeschule vermittelt. Die verhaltensorientierten Fragebogen wurden durch die direkte Beobachtung eines halbstandardisierten Verhaltenstests ersetzt. Beobachter schätzten vor und nach dem experimentellen Treatment die Beherrschung verhaltensorientierter Techniken konzeptorientiert ein.

In diesem Versuch konnte die signifikante Überlegenheit des Modellernens nachgewiesen werden.

Damit scheint das Modellernen eine effektive Methode zur Vermittlung verhaltensmodifikatorischer Fertigkeiten an Erwachsene zu sein.

5. LITERATURVERZEICHNIS

- ADERMAN, D. & UNTERBERGER, G. L.: Contrast empathy and observer modeling behavior. J. Pers. 1977, 45, 267 - 280
- AJZEN, I. & FISHBEIN, M.: Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. J. Pers. Soc. Psych. 1973, 27, 41 - 57
- AKAMATSU, T. J. & THELEN, M.H.: A review of the literature on observer characteristics and imitation. Develom. Psychol. 1974, 10, 38 - 47
- ALLEN, M. K. & LIEBERT, R. M.: Effects of live and symbolic deviant modeling cues on adoption of a previously learned standard. J. Pers. Soc. Psych. 1969, 11, 253 - 260
- ALSSID, L. L. & HUTCHINSON, W. R.: Comparison of modeling techniques in counselor training. Couns. Educ. Superv. 1977, 17, 36 - 41
- ALTMAN, R, TALKINGTON, L. W. & CLELAND, C. C.: Relative effectiveness of modeling and verbal instructions on severe retardates' gross motor performance. Psychol. Reports 1972, 31, 695 - 698
- ARONFREED, J.: The problem of imitation. In L. P. LIPSITT & H. W. REESE (Eds.), Advances in child development and behavior. New York: Academic Press 1969, 4, 210 - 319
- ASCHEUER, K.: Stimulation kreativen Verhaltens, mit Hilfe eines kreativen Modells und einer Instruktion. Münster 1973. Unveröffentlichte Diplomarbeit
- AUSUBEL, D. P.: Psychologie des Unterrichts. 2 Bde., Weinheim: Beltz 1974.
- Autorenteam der verhaltenstherapeutischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik in Hücklingen bei Lüneburg: Ansätze zum Abbau von Hierarchieverhältnissen auf einer verhaltenstherapeutischen Abteilung. In CRAMER & P. GOTTWALD (Hrsg.): Verhaltenstherapie in der Diskussion. München 1973, 17 32
- BAER, D. M.: Reinforcement control of generalized imitation in young children. J.Exp. Child Psychol. 1964, 1, 37 - 49
- BANDURA, A.: Social learning through imitation. In M.R. JONES (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation 1962, 10, 211 - 274
- BANDURA, A.: Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. J. Pers. Soc. Psychol. 1965, 1, 589 - 595 (a)

- BANDURA, A.: Vicarious processes: a case of no-trial learning. In L. BERKOWITZ (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, New York: Academic Press 1965, 2, 1 - 55 (b)
- BANDURA, A.: Behavioral modifications through modeling procedures. In L. KRASNER & L. P. ULLMAN (Eds.), *Research in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston 1965, 310 - 340 (c)
- BANDURA, A.: *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston 1969
- BANDURA, A.: Vicarious and self-reinforcement processes. In R. GLASER (Ed.), *The nature of reinforcement*. New York, London: Academic Press 1971, 228 - 278
- BANDURA, A.: Modeling theory: Some traditions, trends and disputes. In R.D. PARKS (Ed.), *Recent trends in social learning theory*. New York, London: Academic Press 1972, 35 - 61
- BANDURA, A.: The case of the mistaken dependant variable. *J. Abn. Psychol.* 1974, 83, 301 - 303
- BANDURA, A.: *Lernen am Modell*. Stuttgart: Klett 1976 (a)
- BANDURA, A.: Self-reinforcement: Theoretical and methodological considerations. *Behaviorism* 1976, 4, 135-155 (b)
- BANDURA, A.: Effecting change through participant modeling. In J. B. KRUMBOLTZ & C. E. THORESEN (Eds.), *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart, Winston 1976, 248 - 264 (c)
- BANDURA, A.: Eine Interpretation psychologischer Dysfunktionen auf der Basis sozialer Lernprozesse. In F. PETERMANN & C. SCHMOCK (Hrsg.), *Grundlagentexte der Klinischen Psychologie*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1977, 11 - 65 (a)
- BANDURA, A.: Psychotherapie auf der Grundlage von Prinzipien des Modellernens. In F. PETERMANN & C. SCHMOCK (Hrsg.), *Grundlagentexte der Klinischen Psychologie*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1977, 155 - 214 (b)
- BANDURA, A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.* 1977, 84, 191 - 215 (c)
- BANDURA, A.: *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall 1977 (d)
- BANDURA, A.: The self system in reciprocal determinism. *Amer. Psychol.* 1978, 33, 344 - 358

- BANDURA, A.: Gewalt im Alltag. Psychol. heute 1979, 6, 23 - 29
- BANDURA, A. & ADAMS, N. E.: Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. Cogn. Ther. Res. 1977, 1, 287 - 310
- BANDURA, A., ADAMS, N. E. & BEYER, J.: Cognitive Processes mediating behavioral change. J. Pers. Soc. Psych. 1977, 35, 125 - 139
- BANDURA, A. & BARAB, P. G.: Conditions governing nonre-inforcement imitation. Developm. Psychol. 1971, 5, 244 - 255
- BANDURA, A. & BARAB, P. G.: Processes governing disinhibitory effects through symbolic modeling. J. Abn. Psychol. 1973, 82, 1 - 9
- BANDURA, A., BLANCHARD, E. B. & RITTER, B.: Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. J. Pers. Soc. Psychol. 1969, 13, 173 - 199
- BANDURA, A., GRUSEC, J. E. & MENLOVE, F.L.: Observational learning as a function of symbolization and incentive set. Child Developm. 1966, 37, 499 - 506
- BANDURA, A., GRUSEC, J. E. & MENLOVE, F. L.: Vicarious extinction of avoidance behavior. J. Pers. Soc. Psychol. 1967, 5, 16 - 23 (a)
- BANDURA, A., GRUSEC, J. E. & MENLOVE, F. L.: Some social determinants of self-monitoring reinforcement systems. J. Pers. Soc. Psychol. 1967, 5, 449 - 455 (b)
- BANDURA, A. & HARRIS, M. B.: Modification of syntactic style. J. Exp. Child. Psychol. 1966, 4, 341 - 352
- BANDURA, A., JEFFERY, R.W. & GAJDOS, E.: Generalizing change through participant modeling with self-directed mastery. Beh. Res. Ther. 1975, 13, 141 - 152
- BANDURA, A. & KUPERS, C. J.: Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. J. Abn. Soc. Psychol. 1964, 69, 1 - 9
- BANDURA, A. & MAHONEY, M. J.: Maintenance and transfer of self-reinforcement function. Beh. Res. Ther. 1974, 12, 89 - 97
- BANDURA, A., MAHONEY, M. J. & DIRKS, S. J.: Discriminative activation and maintenance of contingent self-reinforcement. Beh. Res. Ther. 1976, 14, 1 - 6
- BANDURA, A. & McDONALD, F. J.: The influence of social reinforcement and the behavior of models in shaping children's moral judgments. J. abn. soc. Psychol. 1963, 67, 274 - 281

- BANDURA, A. & MENLOVE, F. L.: Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. J. Pers. Soc. Psychol. 1968, 8, 99 - 108
- BANDURA, A. & MISCHEL, W.: Modification of self-imposed delay of reward through exposure to live and symbolic models. J. Pers. Soc. Psychol. 1965, 2, 698 - 705
- BANDURA, A., ROSS, D. & ROSS, Sh.: Transmission of aggression through imitation of aggressive models. J. abn. soc. Psychol. 1961, 63, 575 - 582
- BANDURA, A., ROSS, D. & ROSS, Sh.: Imitation on film-mediated aggressive models. J. abn. soc. Psychol. 1963, 66, 3 - 11 (a)
- BANDURA, A., ROSS, D. & ROSS, Sh.: Vicarious reinforcement and imitation learning. J. abn. soc. Psychol. 1963, 67, 601 - 607 (b)
- BANDURA, A. & SIMON, K. M.: The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior. Cogn Ther. Res. 1977, 1, 177 - 193
- BANDURA, A. & WALTERS, R. H.: Adolescent aggression. New York: Ronald 1959
- BANDURA, A. & WALTERS, R. H.: Social learning and personality development. New York: Holt, Rinehart, Winston 1963.
- BARON, R. A.: Attraction toward the model and model's competence as determinants of adult imitative behavior. J. Pers. Soc. Psychol. 1970, 14, 345 - 351
- BARON, R. A.: Exposure to an aggressive model and apparent probability of retaliation from the victim as determinants of adult aggressive behavior. J. exp. soc. Psychol. 1971, 7, 343 - 355
- BARON, R. A.: Environmental influences on aggression: The facilitation of modeling effects by high ambient temperatures. Psych. Science, 1972, 26, 80 - 81
- BARTON, D. & KELSO, M. T.: The nurse as a psychiatric consultation team member. Psychiatry in Medicine 1971, 2, 108 - 115
- BEE, H. L. & COLLE, H. A.: Effectiveness of direct reward and modeling in establishment of standard of excellence. Psychol. Rep. 1968, 23, 1351 - 1358
- BENNINGHAUS, H.: Ergebnisse und Perspektiven der Einstellung - Verhaltensforschung. Meisenheim: Hain 1973

- BISESE, V. S.: Imitation behavior as a function of direct and vicarious reinforcement. Diss. Abstr. 1966, 26, 6155
- BLANCHARD, E. B.: Relative contributions of modeling informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. J. abn. Psychol. 1970, 76, 55 - 61
- BREDENKAMP, J.: Experiment und Feldexperiment. In C.F. GRAUMANN (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 7/1 Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe 1969, 332 - 374
- BREYER, N. L. & MAY, J. G.: Effect of sex and race of the observer and model on imitation learning. Psychol. Rep. 1970, 27, 639 - 646
- BRITT, D. W.: Effects of probability of reinforcement and social stimulus consistency on imitation. J. Pers. Soc. Psychol. 1971, 18, 189 - 200
- BRUDER, M. & DÜTTMANN, J.: Die Unterstützung von Sozialisierungsprozessen durch Modelllernen. Münster 1976. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- BRYAN, J. H. & SCHWARTZ, T.: Effects of film material upon children's behavior. Psychol. Bull. 1971, 75, 50 - 59
- BRYAN, J. H. & WALBEK, N. H.: Preaching and practicing generosity: children's actions and reactions. Child Developm. 1970, 41, 329 - 353 (a)
- BRYAN, J. H. & WALBEK, N. H.: The impact of words and deeds concerning altruism upon children. Child Developm. 1970, 41, 747 - 757 (b)
- Bundesgesetzblatt: Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1966, Teil I, 462 - 468
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, 1975
- BURNSTEIN, E., STOTLAND, E. & ZANDER, A.: Similarity to a model and self-evaluation. J. abn. soc. Psychol. 1961, 62, 257 - 264
- CAMPBELL, D. T. & STANLEY, J. C.: Experimental and quasiexperimental designs for research on teaching. In N. L. GAGE (Ed.), Handbook of research on teaching. Chicago: Rand McNally 1963, 171 - 246
- CASSEL, R. N.: Comparing opinions about mental illness for hospital attendants and practical nursing students. Nurs. Res. 1970, 19, 268 - 271

- CATANIA, C. A.: The myth of self-reinforcement. Behaviorism 1975, 3, 192 - 199
- COHEN, J.: Opinions about mental illness in the personell of two large mental hospitals. J. abn. soc. Psychol. 1962, 64, 349 - 360
- COHEN, J. & STRUENING, E.: Opinions about mental illness: Hospital social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness. J. cons. Psychol. 1964, 28, 291 - 298
- COWAN, P. A., LANGER, J., HEAVENRICH, J. & NATHANSON, M.: Social learning and Piaget's cognitive theory of moral development. J. Pers. Soc. Psychol. 1969, 11, 261 - 274
- CLARK, A. W. & BINKS, M.: Relation of age and education to attitudes toward mental illness. Psychol Rep. 1966, 19, 649 - 650
- CLAUSS, G. & EBNER, H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen, Frankfurt: Deutsch 1970
- DALTON, R. F.: An application of principles of social learning to training in communication of empathy. J. Couns. Psychol. 1973, 20, 378 - 383
- DAVIS, M. K.: Intrarole conflict and job satisfaction on psychiatric units. Nurs. Res. 1974, 23, 482 - 488
- DEGKWITZ, R. & SCHULTE, P. W.: Wie weit helfen uns ideale Pläne und Modelle bei der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in unserem Lande? Nervenarzt 1972, 43, 328 - 332
- DENNEY, D. R.: Modeling effects upon conceptual style and cognitive tempo. Child Developm. 1972, 43, 105 - 119
- DEUTSCHER, I.: Words and deeds: Social science and social policy. Soc. Probl. 1966, 13, 235 - 254
- DÖRNER, K.: Wohin sollen wir den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie entwickeln. Psychiatr. Prax. 1974, 1, 123 - 130
- DÖRNER, K.: Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt: Campus 1975 (a)
- DÖRNER, K.: Bürger und Irre. Frankfurt: Fischer 1975 (b)
- DÖRNER, K., KÖCHERT, R., VON LAER, G. & SCHERER, K.: Gemeindepsychiatrie. Stuttgart u.a.: Kohlhammer 1979
- DOSTER, J. A.: Effects of instructions, modeling and role rehearsal on interview verbal behavior. J. cons. clin. Psychol. 1972, 39, 202 - 209

- DRUST, P.: Verhaltenstherapie und pragmatische Philosophie. In CRAMER, M. & GOTTWALD, P. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in der Diskussion. 1973, 120 - 132
- DUBANOSKI, R. A. & PARTON, D. A.: Effect of the presence of a human model on imitative behavior in children. Developm. Psychol. 1971, 4, 463 - 468
- ELLSWORTH, R. B.: A behavioral study of staff attitudes toward mental illness. J. abn Psychol. 1965, 70, 194 - 200
- ENKE, H. & POHLMAYER, H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation. Stuttgart: Hippokrates 1973
- FERNANDEZ, L. E. & LIEBERT, R. M.: Vicarious reward and task complexity as determinants of imitative learning: A modified replication. Psychol. Rep. 1970, 26, 473 - 474
- FIEDLER, P.: Modifikation kreativen Verhaltens durch Imitationslernen. Münster 1972. Unveröffentlichte Diplomarbeit
- FIEDLER, P. & WINDHEUSER, H. J.: Modifikation kreativen Verhaltens durch Lernen am Modell. Z. Entw. Päd. Psychol. 1974, 6, 262 - 280
- FINZEN, A.: Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung. Nervenarzt 1972, 43, 37 - 43
- FISHER, J. L. & HARRIS, M. B.: The effect of three model characteristics on imitation and learning. J. Soc. Psychol. 1976, 98, 183 - 199
- FLANDERS, J. P.: A review of research on imitative behavior. Psychol. Bull. 1968, 69, 316 - 337
- FOSS, B.: Mimicry in mynas: a test of MOWRER's theory. Brit. J. Psychol. 1964, 55, 85 - 88
- FOSTER, S.: Mental hospital staff attitudes as a function of experience, discipline, and hospital atmosphere. J. abn. Psychol. 1974, 83, 569 - 577
- FOOTS, G. T. & PARTON, D.: Imitation: Effects of movement and static events. J. Exp. Child Psychol. 1969, 8, 118 - 126
- FRACCHIA, J., SHEPPARD, C. & MERLIS, S.: Personal adjustment of hospital staff and their attitudes about mental illness. J. Psychol. 1973, 83, 243 - 246
- FRANK, I. & FRANK, R.: The changing role of the primary physician and the involvement of the professional nurse in the handling of emotional disorders. Psychotherapy Psychosomatic 1972/73, 21, 47 - 50

- FRANKS, C. M. & WILSON, G.T.: Systematic desensitization, flooding, modeling, assertion training, and cognitive restructuring. In FRANKS, C. M. & WILSON, G. T. (Eds.) Annual review of behavior therapy, Vol. VI, New York: Brunner & Mazel 1978, 75 - 98
- FRICKE, P.: Auf dem Wege zu einer Ausbildung für den psychiatrischen Langzeitbereich. Bielefeld 1976. Unveröffentlichte Thesenpapiere
- FRYREAR, J. L. & THELEN, M. H.: Effect of sex of model and sex of observer on the imitation of affectionate behavior. Developm. Psychol. 1969, 1, 298
- GARDNER, J. M.: Teaching behavior modification to non-professionals. J. appl. Beh. Anal. 1972, 5, 517 - 521
- GARDNER, J. M.; BRUST, D. J. & WATSON, L. S.: A scale to measure skill in applying behavior modification techniques to the mentally retarded. Amer. J. Ment. Def. 1970, 74, 630 - 633
- GEER, J. H. & TURTLETAUB, A.: Fear reduction following observation of a model. J. Pers. Soc. Psychol. 1967, 6, 327 - 331
- GERST, M. S.: Symbolic coding processes in observational learning. J. Pers. Soc. Psychol. 1971, 19, 7 - 17
- GEWIRTZ, J. L.: Mechanism of social learning: some roles of stimulation and behavior in early human development. In GOSLIN, D. A. (Ed.), Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally 1969, 57 - 212
- GEWIRTZ, J. L.: The roles of overt responding and extrinsic reinforcement in "self" and "vicarious-reinforcement" phenomena and in "observational learning" and imitation. In GLASER (Ed.), The nature of reinforcement. New York: Academic Press 1971, 279 - 309
- GEWIRTZ, J. L. & STINGLE, K. G.: Learning of generalized imitation as the basis for identification. Psychol. Rev. 1968, 75, 374 - 397
- GILBERT, D. C. & LEVINSON, D.: Ideology, personality, and institutional policy in the mental hospital. J. abn. soc. Psychol. 1956, 53, 263 - 271
- GILLE, G.: Gedanken zum Unterricht in der psychiatrischen Krankenpflege. Krankenpflege 1976, 30, 337 - 340
- GLADSTONE, B. W. & SPENCER, C. J.: The effects of modeling on the contingent praise of mental retardation counsellors. J. appl. Beh. Anal. 1977, 10, 75 - 84
- GLEISS, I., SEIDEL, R. & ABHOLZ, H.: Soziale Psychiatrie Frankfurt: Fischer 1973

- GOERING, P. P.: Nurse - doctor relationships in a psychiatric setting, Can. Ment. Health 1973, 21, 3 - 5
- GÖTZE, K., GROSS, M., RUDZKI, E. M. & SCHIERENBERG, M.: Modellernen im Rahmen gewerkschaftlicher Bildungsarbeit mit Textilarbeiterinnen. Münster 1975. Unveröffentlichte Diplomarbeit
- GOFFMAN, E.: Asyle. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1972
- GOLDSTEIN, A. P.: Strukturierte Lerntherapie. München u.a.: Urban & Schwarzenberg 1978
- GORDON, L. W.: The therapeutic personality in the therapeutic community. J. appl. Psychol. 1973, 58, 108 - 112
- GREEN, A. H. & MARLATT, A.: Effects of instructions and modeling upon affective and descriptive verbalization. J. abn. Psychol. 1972, 80, 189 - 196
- GRIFF, R. F. & MAGARO, P. A.: A token economy program evaluation with untreated control ward comparisons. Beh. Res. Ther. 1971, 9, 137 - 149
- GRUSEC, J. & MISCHEL, W.: Model's characteristics as determinants of social learning. J. Pers. Soc. Psychol. 1966, 4, 211 - 215
- GUTBERLET, R.: Auszug aus einem Lernzielkatalog Psychiatrie. Krankenpflege 1976, 30, 340 - 342
- HAAG, F.: Sozialforschung als Aktionsforschung. In F. HAAG u.a. (Hrsg.), Aktionsforschung. Forschungsstrategien, Forschungsfelder und Forschungspläne. München: Juventa 1972, 22 - 55
- HAMILTON, D. L.: Role of awareness and intentions in observational learning. J. Pers. Soc. Psychol. 1970, 16, 689 - 694
- HAUSLEITER, E. & KUSCHEL, H.: Modellernen im Rahmen der Ausbildung von Erzieherinnen. Münster 1977. Unveröffentlichte Diplomarbeit
- HERSEN, M. & BELLACK, A. S. (Eds.): Behavior Therapy in the Psychiatric setting. Baltimore: Williams & Wilkins 1978.
- HICKS, D. J.: Imitation and retention of film-mediated aggressive peer and adult models. J. Pers. Soc. Psychol. 1965, 2, 97 - 100
- HIGHLEN, P. S. & VOIGHT, N. L.: Effects of social modeling, cognitive structuring, and self-management strategies on affective self-disclosure. J. couns. Psychol. 1978, 25, 21 - 27

- HILL, J. H., LIEBERT, R. M. & MOTT, D. E. W.: Vicarious extinction of avoidance behavior through films: An initial test. *Psychol. Rep.* 1968, 22, 192
- HINGTGEN, J. N., COULTER, S. K. & CHURCHILL, D. W.: Intensive reinforcement of imitative behavior in mute autistic children. *Arch. Gen. Psych.* 1967, 17, 36 - 43
- HODGSON, R., RACHMAN, S. & MARKS, I. M.: The treatment of chronic obsessive - compulsive neurosis: Follow-up and further findings. *Beh. Res. Ther.* 1972, 10, 181 - 189
- HOLLANDER, M. & WOLFE, D. A.: *Non parametric statistical methods.* New York: Wiley 1973
- HOLLANBSWORTH, J. G., DRESSEL, M. E. & STEVENS, J.: Use of behavioral versus traditional procedures for increasing job interview skills. *J. couns. Psychol.* 1977, 24, 503 - 510
- HOLLINGSHEAD, A. B. & REDLICH, F.: *Der Sozialcharakter psychischer Störungen.* Frankfurt: Fischer 1975
- HOLZKAMP, K.: *Kritische Psychologie.* Frankfurt: Fischer 1972
- HORNSTEIN, H. A., FISCH, E. & HOLMES, M.: Influence of a model's feeling about his behavior and his relevance as a comparison other on observer's helping behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1968, 10, 222 - 226
- HUBER, G.: Zukunftsperspektiven einer Struktur der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. *Fortschr. Neur., Psych. Grenzgebiete* 1972, 40, 515 - 533
- HULL, C. L.: *Principles of behavior.* New York: Appleton Century Crafts 1943
- JAFFE, P. G. & CARLSON, P. M.: Modeling therapy for test anxiety: The role of model affect and consequences. *Beh. Res. Ther.* 1972, 10, 329 - 339
- JOERG, R.: *Der Geistesschwache und sein Milieu.* Bern: Huber 1972
- JOHNSON, W. G. & GROVES, L.: The token economy: A challenge to nursing. *J. psychiatric Nurs. Ment. Health* 1970, 10, 10 - 14
- JONES, M.: *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft.* Bern u.a.: Huber 1976
- KALUZA, K., KLEIN, H. & KLOCKGETER-KELLE, A.: *Entwicklung und erste Erprobung eines Kommunikationstrainings für Paare.* Münster 1977. Unveröffentlichte Diplomarbeit

- KANAREFF, V. T. & LANZETTA, J. T.: Effects of task definition and probability of reinforcement upon the acquisition and extinction of imitative responses. *J. Exp. Psychol.* 1960, 6, 340 - 348 (a)
- KANAREFF, V. T. & LANZETTA, J. T.: Effects of success-failure experiences and probability of reinforcement upon the acquisition of imitative responses. *Psychol. Rep.* 1960, 7, 151 - 166 (b)
- KANFER, F. H. & MARSTON, A.: Determinants of self-reinforcement in human learning. *J. Exp. Psychol.* 1963, 66, 245 - 254 (a)
- KANFER, F. H. & MARSTON, A.: Conditioning of self-reinforcing responses: An analogue to self-confidence training. *Psychol. Rep.* 1963, 13, 63 - 70 (b)
- KANFER, F. H., MARTIN, B., DUERFELDT, P. H. & DORSEY, T.: Effects of model reinforcement, expectation to perform, and task performance on model observation. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1971, 20, 214 - 217
- KANFER, F. H. & PHILLIPS, J. S.: Learning foundations of behavior therapy. New York: Wiley & Sons 1970
- KAZDIN, A. E.: Effects of covert modeling and model reinforcement on assertive behavior. *J. abn. Psychol.* 1974, 83, 240-252
- KAZDIN, A. E.: Effects of covert modeling, multiple models and model reinforcement on assertive behavior. *Beh. Ther.* 1976, 7, 211 - 222
- KEUPP, H.: Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München u.a.: Urban & Schwarzenberg 1972
- KLINGER, E.: Modeling effects on achievement imagery. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1967, 7, 49 - 62
- KLÜVER, J. & KRÜGER, H.: Aktionsforschung und soziologische Theorien. In F. HAAG u.a. (Hrsg.), Aktionsforschung. Forschungsstrategien, Forschungsfelder und Forschungspläne. München: Juventa 1972, 76 - 99
- KLUGE, E.: Besitz und Vermögensverhältnisse von Langzeitpatienten in psychiatrischen Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik. *Psychiatrische Praxis* 1974, 1, 133 - 135
- KLUGE, E. & FINZEN, A.: Die Mißachtung der elementaren Grundbedürfnisse psychiatrischer Krankenhauspatienten. *Psychiatrische Praxis*, 1974, 1, 130-133
- KNOPF, M. & PETERMANN, F.: Probleme bei der Messung von Einstellungsänderung. *Z. Sozialpsychol.* 1976, 7, 127 - 142 (Teil 1), 217 - 230 (Teil 2)

- KOESTER, H.: Entwicklungsperspektiven psychiatrischer Krankenpflege. Krankenpflege 1976, 30, 318 - 320
- KOHLBERG, L.: Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D.A. GOSLIN (Ed.), Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally 1969, 347 - 480
- Konzept des akut-psychiatrischen Aufnahmebereiches des WIK Lengerich. Lengerich: Unveröffentlichtes Manuskript
- KRAMEYER, A.: Soziales Lernen durch Imitation in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit. Münster 1975. Unveröffentlichte Dissertation
- KRÜGER, H.: Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie. Nervenarzt 1972, 43, 181 - 188
- KÜTER, B. & LICHTINGHAGEN-LÖSCHPER, G.: Modellernen innerhalb der Ausbildung psychiatrischen Pflegepersonals. Münster 1977. Unveröffentlichte Diplomarbeit
- KUHN, D.: Mechanism of change in the development of cognitive structures. Child Developm. 1972, 43, 833 - 844
- KUHN, D.: Imitative theory and research from a cognitive perspective. Human Developm. 1973, 16, 157 - 180
- KUKLA, R.: Zur Sozialisation von Krankenschwestern in der Psychiatrie. Kölner Z. Soz. Psychol. 1973, 25, 484 - 498
- LaFLEUR, N.K. & JOHNSON, R.G.: Separate effects of social modeling and reinforcement in counseling adolescents. J. couns. Psychol. 1972, 19, 292 - 295
- LANGER, J. & SCHULZ von THUN, F.: Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik. München: Reinhardt 1974
- Le BOW, M.: Applications of behavior modification in nursing practice. In M. HERSEN, R.M. EISLER & P.M. MILLER (Eds.), Progress in behavior modification, Vol. 2, New York: Academic Press 1976, 137 - 178
- LERNER, L. & WEISS, R.: Role of value of reward and model affective response in vicarious reinforcement. J. Pers. Soc. Psychol. 1972, 21, 93 - 100
- LIEBERT, R. M. & FERNANDEZ, L. E.: Vicarious reward and task complexity as determinants of imitative learning. Psychol. Rep. 1969, 25, 531 - 534
- LIEBERT, R. M. & FERNANDEZ, L. E.: Imitation as a function of vicarious and direct reward. Developm. Psychol. 1970, 2, 230 - 232
- LITVAK, S. B. : A comparison of two brief groups behavior therapy techniques on the reduction of avoidance behavior. Psychol. Rec. 1969, 19, 329 - 334

- LORENZEN, D. & MOLL, J.: Konstruktion eines Fragebogens zur Messung der Einstellung bei psychiatrischem Pflegepersonal. *Social Psychiatry* 1976, 11, 41 - 50
- LÜCK, H. E. & BUNGARD, W.: Artefakte und die Höflichkeit im sozialwissenschaftlichen Forschungsbetrieb. *Gruppendynamik*, 1978, 9, 2 - 10
- MARLATT, G. A.: A comparison of vicarious and direct reinforcement control of verbal behavior in an interview setting. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1970, 16, 675 - 703
- MARLATT, G. A. & PERRY, M. A.: Methoden des Modellernens. In F. H. KANFER & A. P. GOLDSTEIN (Eds.), *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*. München: Urban & Schwarzenberg 1977, 133 - 177
- MARSTON, A. R.: Imitation, self-reinforcement, and reinforcement of another person. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1965, 2, 255 - 261
- MARSTON, A. R.: Determinants of the effects of vicarious reinforcement. *J. exp. Psychol.* 1966, 71, 550 - 558
- MASTERS, J. C. & BRANCH, M. N.: Comparison of the relative effectiveness of instructions, modeling, and reinforcement procedures for inducing behavior change. *J. exp. Psychol.* 1969, 80, 364 - 368
- McDAVID, J. W.: Effects of ambiguity of environmental cues upon learning to imitate. *J. abnorm. soc. Psychol.* 1962, 65, 381 - 386
- McDAVID, J. W.: Effects of ambiguity of imitative cues upon learning by observations. *J. Soc. Psychol.* 1964, 62, 165 - 174
- McDONALD, A. P., GAMES, R. G. & MINK, O. G.: Film-mediated facilitation of self-disclosure and attraction to sensitivity training. *Psychol. Rep.* 1972, 30, 847 - 857
- McFALL, R. M. & LILLESAND, D. B.: Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *J. abnorm. soc. Psychol.* 1971, 77, 313 - 323
- McREYNOLDS, W. & COLEMAN, J.: Token economy: Patient and staff changes. *Beh. Res. Ther.* 1972, 10, 29 - 34
- MEICHENBAUM, D. H.: Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1971, 17, 298 - 307
- MEYER, V.: Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Beh. Res. Ther.* 1966, 4, 273 - 280

- MILBY, J. B., WILLCUT, H. C. & HAWK, J. W.: A system for recording individualized behavioral data in a token program. J. appl. Beh. Anal. 1973, 6, 333 - 338
- MILLER, N. E. & DOLLARD, J.: Social learning and imitation. New Haven: Yale University Press 1941
- MISCHEL, W. & GRUSEC, J.: Determinants of the rehearsal and transmission of neutral and aversive behaviors. J. Pers. Soc. Psychol. 1966, 3, 197 - 205
- MOWRER, O. H.: Learning theory and personality dynamics. New York: Wiley & Sons 1950
- MYRICK, R. D.: Effect of a model on verbal behavior in counseling. J. couns. Psychol. 1969, 16, 185 - 190
- NAY, R.: Analogue measures. In R. CIMINERO, K. CALHOUN & H. E. ADAMS (Eds.), Handbook of behavioral assessment. New York: Wiley & Sons 1977, 233 - 277
- OELBAUM, L. R.: Clinical and moral views of madness: LAING and GOFFMAN compared. Bulletin of the Menninger clinic 1972, 36, 487 - 504
- PARLOUR, R.: Some behavioral techniques in community Psychiatry. Amer. J. Psychotherapy 1975, 29, 79 - 92
- PAWLOW, I. P.: Die bedingten Reflexe. München: Kindler 1972
- PERRY, M. A.: Modeling and instructions in training for counselor empathy. J. couns. Psychol. 1975, 22, 173 - 179
- PETERMANN, F.: Quantifizierung von Veränderungen aufgrund der Betrachtung von Einzelfällen. Bonn: Universität 3. erw. Fassung 1978
- PETERMANN, F. & HASSLINGER, U.: Ein Training zum Abbau aggressiver Verhaltensweisen bei Kindern. Bonn: Universität 1977.
- PHILLIPS, R. E.: Effect of noncontingent vicarious reinforcement on verbal learning in group situations. Psychol. Rep. 1969, 25, 7 - 10
- PIAGET, J.: Nachahmung, Spiel und Traum, Stuttgart: Klett 1969 (Original 1945)
- PINDING, M.: Aufgabenbereiche der ambulanten Krankenpflege. In M. PINDING (Hrsg.), Krankenpflege in unserer Gesellschaft. Stuttgart: Enke 1972, 134 - 140
- PÖRKSEN, N.: Kommunale Psychiatrie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1974

- PREMACK, D. & ANGLIN, B.: On the possibilities of self-control in man and animals. J. abnorm. Psychol. 1973, 81, 137 - 151
- PRYER, M. W. & DISTEFANO, M. K.: Effects of training on the mental health attitudes of black and white psychiatric aides. Psychol. Rep. 1978, 42, 1017 - 1018
- QUILITCH, H. R.: A comparison of three staff-management procedures. J. appl. Beh. Anal. 1975, 8, 559 - 566
- RABKIN, J. G.: Opinions about mental illness: A review of the literature. Psychol. Bull. 1972, 17, 153 - 171
- RACHMAN, S.: Klinische Anwendung von Beobachtungs- Imitations- und Modellernen. In F. PETERMANN, C. SCHMOOK (Hrsg.), Grundlagentexte der Klinischen Psychologie, Bd. 2, Bern u.a.: Huber 1977, 245 - 267
- RACHMAN, S., HODGSON, R. & MARKS, I.: The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. Beh. Res. Ther. 1971, 9, 237 - 247
- RACHMAN, S., MARKS, I. & HODGSON, R.: The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flooding 'in vivo'. Beh. Res. Ther. 1973, 11, 463 - 471
- RALPH, D. E. HIRSCHOWITZ, J. & SCHRADER, J.: Breaking the logjam: A program of issue-focused intervention in a state hospital system. Psychiatric Quarterly 1974, 48, 169 - 183
- RAPPAPORT, M.: Evaluating community mental health services: Guidelines for an administrator. Hospital and Community Psychiatry 1973, 24, 757 - 760
- RAVE-SCHWANK, M. & WINTER von LERSNER, C.: Psychiatrische Krankenpflege. Stuttgart: Enke 1976, 2. Aufl.
- REY, E. R.: Einige Diskussionsbemerkungen zur "Konstruktion eines Fragebogens zur Messung der Einstellung bei psychiatrischem Pflegepersonal" von LORENZEN und MOLL. Social Psychiatry 1976, 11, 47 - 49
- RICE, C. E., BERGER, D. G., KLETT, S. L. & SEWALL, I. G.: Measuring psychiatric hospital staff opinions about patient care. Arch. Gen. Psychiatry 1966, 14, 428 - 434
- RIMM, D. C. & MEDEIROS, D. C.: The role of muscular relaxation in participant modeling. Beh. Res. Ther. 1970, 6, 1 - 6
- ROSEKRANS, M.: Imitation in children as a function of perceived similarity to a social model and vicarious reinforcement. J. Pers. Soc. Psychol. 1967, 7, 307 - 315

- ROSENBAUM, M. E., CHALMERS, D. K. & HORNE, W. C.: Effects of success and failure and the competence of the model on the acquisition and reversal of matching behavior. J. Psychol. 1962, 54, 251 - 258
- ROSENBAUM, M. E. & TUCKER, I. F.: The competence of the model and the learning of imitation and nonimitation. J. exp. Psychol. 1962, 63, 183 - 190
- ROSENTHAL, T. L.: Modelllernen und selbstverstärkende Prozesse. In H. ZELER (Hrsg.), Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. IV, Zürich: Kindler 1977, 880 - 912
- ROSENTHAL, T. L. & CARROLL, W. R.: Factors in vicarious modification of complex grammatical parameters. J. educ. Psychol. 1972, 63, 174 - 178
- ROSENTHAL, T. L. & ZIMMERMANN, B. J.: Social learning and cognition. New York u.a.: Academic Press 1978
- ROSS, M.: Salience of reward and intrinsic motivation. J. Pers. Soc. Psychol. 1975, 32, 245 - 254
- SCHNEIDERER, E. G.: Effects of instructions and modeling in producing self-disclosure in the initial clinical interview. J. cons. clin. Psychol. 1977, 45, 378 - 384
- SCHMIDT, H. D., SCHIEBEL, B. & TROSKE, U.: Untersuchung der Stabilität von Modelleffekten aggressiven Verhaltens gegenüber Populations- und Situationsunterschieden. Bielefelder Arbeiten zur Sozialpsychologie 1976, 10
- SCHMIDT, H. D., SCHMIDT-MUMMENDEY, A., SCHRÖER, F. W. & STALLBERG, R.: Der Einfluß aggressiven Modellverhaltens, Status des Modells und Selbsteinschätzung auf offen aggressives Verhalten. Bielefelder Arbeiten zur Sozialpsychologie 1976, 2
- SCHRAML, W.: Psychologie im Krankenhaus. Stuttgart u.a.: Huber 1972, 2. unveränderte Auflage
- SCHRENK, M.: Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie. Nervenarzt 1967, 38, 479 - 487
- SCHUMACHER, I. & UNSEL, R.: Modelllernen bei Krankenpflegeschülern in der Psychiatrie. Münster 1978. Unveröffentlichte Diplomarbeit
- SELG, H.: Einführung in die experimentelle Psychologie. Stuttgart u.a.: Kohlhammer 1966
- SEVERIN, N. K. & BECKER, R. E.: Nurses as psychiatric consultants in a general hospital emergency room. Community Mental Health J. 1974, 10, 261 - 269
- SHULMAN, L. S.: Reconstruction of educational research. Rev. educ. Res. 1970, 40, 371 - 396

- SIEGLER, R. S. & LIEBERT, R. M.: Effects of presenting relevant rules and complete feedback on the conservation of liquid quantity task. *Developm. Psychol.* 1972, 7, 133 - 138
- SIEGLER, M. & OSMOND, H.: GOFFMAN's model of mental illness. *Brit. J. Psychiatry* 1971, 119, 419 - 424
- SKINNER, B. F.: *Science and human behavior*. New York: Free Press 1953
- SMITH, G. P. & COLEMAN, R. E.: Processes underlying generalization through participant modeling with self-directed practice. *Beh. Res. Ther.* 1977, 15, 204 - 206
- SMITH, S.: Lowering the cost of psychiatric care. *Can. Psychiatric Ass. J.* 1972, 17, 423 - 428
- SMITH, S. & ENGLISH, J.: The training and role of nurse-therapists in a general hospital's psychiatric unit. *Hospital and Community Psychiatry* 1975, 26, 21 - 24
- SPIEGLER, M. D., LIEBERT, R. M., McMANS, M. J. & FERNANDEZ, L. E.: Experimental development of a modeling treatment to extinguish persistent avoidance behavior. In R. D. RUBIN & C. M. FRANKS (Eds.), *Advances in behavior therapy*, New York: Academic Press 1969, 49 - 52
- STEINMANN, W. M.: The social control of generalized imitation. *J. appl. Beh. Anal.* 1970, 3, 159 - 167 (a)
- STEINMANN, W. M.: Generalized imitation and the discrimination hypothesis. *J. exp. Child Psychol.* 1970, 10, 79 - 99, (b)
- STEPHAN, C., STEPHANO, S. & TALKINGTON, L. W.: Use of modeling in survival social training with educable mentally retarded. *Training School Bulletin* 1973, 70, 63 - 68
- STEPHAN, E.: Leistungsmessung und Leistungsbeurteilung im Überblick. In E. STEPHAN & W. SCHMIDT (Hrsg.), *Messen und Beurteilen von Schülerleistungen*. München: Urban & Schwarzenberg 1978, 13 - 36
- STIAWA, D.: Therapeutische Gemeinschaft. Landeskrankenhaus Lengerich - gestern - heute - morgen. *Mitteilungsblatt im WLK Lengerich*, 1975, 2
- STORZ, D.: *Politische Psychiatrie. Psychologie heute* 1976, Teil I: 8, 13 - 19; Teil II: 9, 49 - 58; Teil III: 10, 52 - 58
- STOTLAND, E., ZANDER, A. & NATSOULAS, T.: Generalization of interpersonal similarity. *J. abnorm. soc. Psychol.* 1961, 62, 250 - 256

- STRAKER, M.: Institutional psychiatry revisited. Diseases of the nervous System 1974, 35, 123 - 127
- STRUENING, E. & COHEN, J.: Factorial invariance and other psychometric characteristics of five opinions about mental illness factors. Educ. Psychol. Measurement 1963, 23, 289 - 298
- STUMME, W.: Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. München: Urban & Schwarzenberg 1975
- SZASZ, T.: Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten: Walter 1974
- SZASZ, T.: Behavior therapy: A critical review of the moral dimensions of behavior modification. J. Beh. Ther. Exp. Psychol. 1978, 9, 199 - 203
- TAJFEL, H.: Experiments in a vacuum. In J. ISRAEL & H. TAJFEL (Eds.), The context of social psychology. A critical assessment. London: Academic Press 1972, 69 - 119
- TALBERT, E., WILDEMAN, D. G. & ERICKSON, M. T.: Teaching nonprofessionals three techniques to modify children behavior. Psychol. Rep. 1975, 37, 1243 - 1252
- TAJFEL, M. H. & RENNIE, D. L.: The effect of vicarious reinforcement on imitation: A review of the literature. In B. MAHER (Ed.), Progress in the experimental personality research, Vol. VI, New York: Academic Press 1972
- VIKAN, A.: Comments on the social learning interpretation of moral judgment development. Scand. J. Psychol. 1976, 17, 97 - 103
- VOGL, S.: Modelllernen. In C. KRAIKER (Hrsg.), Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler 1974, 85 - 100
- WALLACE, C. J., DAVIS, J. R., LIBERMAN, R. P. & BAKER, V.: Modeling and staff behavior. J. cons. clin. Psychol. 1973, 41, 422 - 425
- WALLER, M. & PREIS, H.: Kompetenz und Interessantheit des Modellverhaltens als Anregungsbedingungen der Imitationsbereitschaft. Z. Sozialpsychol. 1977, 8, 256 - 264
- WENDER, I., NEU-WEISSENFELS, R. & GROFFMANN, K.J.: Der Einfluß von Sozialstatus des Beobachters und Verstärkungsart des Modells auf Imitationsverhalten. Z. Sozialpsychol. 1974, 5, 292 - 299
- WHALEN, C.: Effects of a model and instructions on group verbal behaviors. J. cons. clin. Psychol. 1969, 33, 509 - 521

- WILKINSON, G. S.: Interaction patterns and staff response to psychiatric innovations. J. Health Soc. Beh. 1973, 14, 323 - 329
- WILKINSON, G. S.: Social psychological dimensions of resistance to psychiatric innovations. Psychol. Rep. 1974, 34, 1083 - 1085
- WOLF, T. M. & CHEYNE, A.: Persistence of effects of live behavioral, televised behavioral, and live verbal models on resistance to deviation. Child Developm. 1972, 43, 1429 - 1436
- WOLFE, J. L. & FODOR, I. G.: Modifying assertive behavior in women: A comparison of three approaches. Beh. Ther. 1977, 8, 567 - 574
- WOLPE, J.: The humanity of behavior therapy. J. Beh. Ther. Exp. Psychiatry 1978, 9, 205 - 209
- WOLTERS, H. G.: Probleme der politischen Realisierung einer optimalen psychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Praxis 1974, 1, 82 - 88
- WRIGHT, F. H. & KLEIN, R.: Attitudes of hospital personnel and the community regarding mental illness. J. couns. Psychol. 1966, 13, 106 - 107
- WRIGHT, F. H. & SHRADER, R.: Influence of open and closed mental hospitals on attitudes in the United States and Britain. J. couns. Psychol. 1965, 12, 372 - 378
- YANDO, R., SEITZ, V. & ZIGLER, E.: Imitation: A developmental perspective. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates 1978
- ZIMMER, D.: Ausbildung sozialer Kompetenz durch Training in Verhaltensgeschicklichkeit und Selbstregulation. Münster: Unveröffentlichte Dissertation 1976
- ZIMMERMANN, E.: Das Experiment in den Sozialwissenschaften. Stuttgart: Teubner 1972
- ZUMKLEY - MÜNDEL, C.: Imitationslernen. Düsseldorf: Schwann 1976

6. ANHANG

Seite

1. Allgemeine Materialien	
1. Diskussionsleitfaden für die mündliche Vor- befragung von Pflegepersonal zur Erfassung von Problembereichen	205
2. Fragebogen für die schriftliche Vorbefragung	207
2. Materialien des 1. Experiments	
1. Drehbuchvorlage für die Filmszenen des 1. Versuchs	213
2. Zwischentexte und eingeblendete Strukturi- erungshilfen	220
3. Text des Referats für die experimentelle Kontrollgruppe	222
4. Daten der Vpn	231
5. Fragebogen für den 1. Versuch	232
6. Auswertungsschlüssel für die Fragebogen	273
7. Rohwerte des 1. Versuchs	274
3. Materialien des 2. Experiments	
1. Drehbuchvorlage für die Filmszenen des 2. Versuchs	276
2. Text des Referats für den 2. Versuch	278
3. Zwischentexte und eingeblendete Strukturi- erungshilfen	280
4. Instruktionen zum 2. Versuch	281
5. Versuchsinformationen an den Unterkurs	283
6. Handanweisung für die Rater	285
7. Protokollierungsschema	286
8. Daten der Vpn	287
9. Punktwerte der Vpn	288
10. Graphische Darstellung der Punktwerte	292
11. Übersicht über die Ergebnisse	298

Diskussionsleitfaden für die mündliche Vorbefragung von
Pflegepersonal zur Erfassung von Problembereichen

Tagesablauf:

1. Beschreiben Sie bitte einen Tagesablauf auf Ihrer Station. Ganz konkret. Z.B. Essenssituation. Was tun Sie gern, was ungern? Zeitaufwand?
2. Versorgen sich die Patienten selbst, wie funktioniert das?
3. Worin sehen Sie die Hauptaufgaben des Pflegepersonals?
4. Gibt es auf Ihrer Station Stationsgespräche mit Patienten? Welche Probleme tauchen dabei auf?
5. Haben Sie Interesse an der Mitarbeit bei der Therapie? Ist das möglich? Wie sieht das konkret aus?
6. Haben die Patienten einzelne Bezugspersonen innerhalb des Pflegepersonals?
7. Werden bei Stationsgesprächen Beschlüsse gefaßt? Wie werden diese umgesetzt?

Verhältnis Pflegepersonal - Patienten:

8. Bedeutet Selbständigkeit bei Patienten für Sie mehr oder weniger Arbeit?
9. Wie versuchen Sie die Passivität der Patienten zu überwinden?
10. Wie reagieren Sie auf Ungepflegtheit und Unordnung? Kontrollieren Sie das? Gehört das zu den Aufgaben des Pflegepersonals?
11. Haben Sie die Möglichkeit, Kontakte der Patienten untereinander zu beobachten und zu beeinflussen?
12. Können Sie auch mal auf einzelne Patienten verstärkt eingehen? Wie sieht das aus? Bringt das auch Probleme für Sie (Eifersucht, Veräppelt werden)?

13. Haben Sie auf Ihrer Station Probleme mit der Distanzlosigkeit von Patienten? Wie reagieren Sie darauf? Wie reagierten Sie früher darauf?
14. Greifen Sie ein, wenn Patienten von anderen Patienten unterdrückt oder gehänselt werden? Was machen Sie dann? Loben Sie manchmal Patienten? Wofür?
15. Werden Patienten bestraft? Wofür? Wie?
16. Sind die Patienten bereit, Verantwortung für bestimmte Dinge zu übernehmen? Wofür? Dürfen Sie?
17. Wie sieht auf Ihrer Station der Pflegerschlüssel aus?
18. Finden Sie einige Patienten besonders sympathisch?
19. Welche Hauptschwierigkeiten haben Sie im Umgang mit den Patienten?
20. Kennen Sie meist das Krankenblatt? Was tritt an Krankheiten auf? Viel organische Defekte? Was kann man da überhaupt noch machen?
21. Gibt es für die Patienten bestimmte Gefahren oder Risiken?
22. Wie reagieren Sie auf Angst von Patienten?
23. Auf welcher Station würden Sie am liebsten arbeiten? Wegen der Patienten?

Verhältnis der Mitarbeiter untereinander:

24. Wie setzen Sie sich auf der Station zusammen?
25. Gibt es Unterschiede in der Aufgabenverteilung?
26. Sind Sie sich untereinander über die Ziele Ihrer Arbeit einig? Welche Ziele sind das?
27. Sprechen Sie mit Kollegen über Schwierigkeiten bei der Arbeit und über private Probleme?
28. Verstehen Sie sich mit Ihren Mitarbeitern gut oder schlecht?
29. Können Sie Vorschläge für Therapiepläne oder Medikation machen? Haben Sie es gemacht?

30. Welche Rolle haben Arzt und Psychologe? Mit wem haben Sie mehr zu tun?
31. Was wird in den Mittagsgesprächen besprochen?

Ausbildung:

32. Wo sehen Sie die größten Mängel und Lücken in der Ausbildung?
33. Sind Sie auf die Mitarbeit bei Therapien vorbereitet worden?
34. Haben Sie geübt, wie man auf Patienten zugeht?
35. Haben Sie gezielte Beobachtung geübt?
36. Wie würden Sie das Verhältnis Schule - Praxis vom Zeitaufwand her einschätzen?

Fragebogen für die schriftliche Vorbefragung:

Im Folgenden haben wir einige Fragen aufgeführt, die wir zum großen Teil auch schon in unseren persönlichen Gesprächen gestellt haben. Wir bitten Sie, diese Fragen schriftlich zu beantworten, weil für uns die Auswertung eines Fragebogens zuverlässiger ist als ein Gespräch, von dem man doch viel vergißt, und weil über den Fragebogen auch jeder von Ihnen zu jedem etwas sagen kann. Wir bitten Sie, nicht Ihren Namen auf den Fragebogen zu schreiben, weil die Beantwortung anonym bleiben soll. Wir bitten Sie, die Fragen vollständig und vor allem ehrlich zu beantworten. Nur auf diese Weise kommen wir durch Sie, die täglich Erfahrungen auf der Station sammeln, zu einem guten Bild der Arbeit auf einer Station. Danke!

1. Was tun Sie am liebsten auf der Station?

- ☐ Büroarbeiten erledigen
- ☐ Patienten waschen, füttern und versorgen
- ☐ mit Patienten gemeinsam etwas unternehmen
- ☐ Gespräche mit Patienten über deren Probleme führen
- ☐ an Therapiemaßnahmen teilnehmen

oder

2. Worin sehen Sie die Hauptaufgaben des Pflegers?

- ☐ in der Pflege und Versorgung des Patienten
- ☐ einen geregelten Stationsablauf garantieren
- ☐ für Ruhe und Ordnung sorgen
- ☐ für Sauberkeit sorgen
- ☐ in der Beaufsichtigung der Patienten
- ☐ mit den Patienten etwas unternehmen

oder

(Mehrfachnennungen möglich)

3. Welche Arbeiten nehmen auf Ihrer Station die meiste Zeit ein?

- ☐ Büroarbeiten
- ☐ Pflegearbeiten
- ☐ Therapiemaßnahmen
- ☐ Beschäftigung mit Patienten
- ☐ Organisatorische Aufgaben

oder

(Bitte maximal 2 - 3 Nennungen)

4. Sind Sie mit dieser Verteilung zufrieden?

Ja

Nein

Wenn nein, was sollte Ihrer Ansicht nach mehr im Vordergrund Ihrer Arbeit stehen?

.....

5. Welche Aufgaben machen Ihnen die meisten Schwierigkeiten?

- ☐ direkten Zugang zum Patienten zu finden
- ☐ aufmunternde Gespräche mit Patienten zu führen
- ☐ die Station in Ordnung zu halten

- ☐ Patienten zu beaufsichtigen
- ☐ Stationsgespräche führen
- ☐ auf Forderungen der Patienten zu reagieren
- ☐ Versorgung und Pflege der Patienten

(Numerieren Sie bitte die Aufgaben durch:

Schwerste Aufgabe = 1

Leichteste Aufgabe = 7)

6. Welchen Kontakt haben Sie auf der Station, auf der Sie zur Zeit arbeiten, zum übrigen Personal?

- ☐ Wir kennen uns kaum
 - ☐ Wir sehen uns auch außerhalb der Arbeit privat
 - ☐ mit einigen bin ich persönlich befreundet
 - ☐ zu einigen kann ich auch mit persönlichen Problemen kommen
 - ☐ mit einigen komme ich gar nicht zurecht
 - ☐ einige kritisieren ständig an mir herum
 - ☐ einige schieben mir gerne miese Arbeiten zu
- (Mehrfachnennungen möglich)

7. Sind Sie sich untereinander über die Ziele Ihrer Arbeit einig?

- ☐ Wir verständigen uns nie über Probleme auf der Station
- ☐ darüber, was wir auf der Station erreichen wollen, haben wir noch nicht nachgedacht oder diskutiert
- ☐ einige lassen überhaupt nicht mit sich reden und tun genau das Gegenteil von dem, was die anderen wollen
- ☐ Wir haben alle die gleichen Vorstellungen über die Arbeit auf der Station

(Mehrfachnennungen möglich)

8. Was haben Sie mit dem Arzt und dem Psychologen auf Ihrer Station zu tun?

Arzt Psych.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Er macht vor allem Vorschriften |
| ☐ | ☐ | Ich sehe ihn kaum |
| ☐ | ☐ | Oft ist es unverständlich für mich, was er eigentlich will |

Arzt Psych.

☐☐

Er weiß gar nicht, was auf der Station läuft

☐☐

Er mischt sich kaum ein

(Mehrfachnennungen möglich)

9. Aus welchen Gründen wollten Sie Krankenpfleger in der Psychiatrie werden?

☐

Ich suchte einfach irgendeinen guten Job

☐

Es war die einzige Stelle, die ich finden konnte

☐

Man verdient von Anfang an gut

☐

Meine Eltern haben auch in der Psychiatrie gearbeitet

☐

Ich habe schon vorher Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht

☐

Man hat nicht soviel pflegerische Arbeit zu erledigen

☐

Der intensive Kontakt zu den Patienten reizte mich oder

(Mehrfachnennungen möglich)

10. Wie haben sich diese Einstellungen bei Ihnen im Laufe der Zeit geändert?

☐

Die Arbeit entspricht überhaupt nicht meinen ursprünglichen Interessen

☐

Die Arbeit hat kaum etwas mit Krankenpflege zu tun

☐

Ich komme nicht so gut mit den Patienten zurecht, wie ich gedacht hatte

☐

Mir fallen Aufgaben zu, mit denen ich nie gerechnet hatte

☐

Ich habe guten Kontakt zu den Patienten gefunden

☐

Die Mitarbeit bei der Therapie macht mir großen Spaß

☐

Mir gefällt diese Arbeit besser als die Krankenpflege in einem öffentlichen Krankenhaus

(Mehrfachnennungen möglich)

11. Welche Situationen sind für Sie am unangenehmsten im Umgang mit Patienten?

Wenn ein Patient:

- ☐ übermäßig ängstlich ist
- ☐ sehr depressiv ist
- ☐ sehr aggressiv ist
- ☐ sehr anhänglich ist und immer schmusen will
- ☐ überhaupt nicht ansprechbar ist
- ☐ ständig Selbstmordabsichten hat

(Maximal zwei Nennungen)

12. Für was sollte ein Patient bestraft werden?

- ☐ zu große Unordnung in seinem Zimmer
- ☐ Quälen von Mitpatienten
- ☐ Nichtbefolgen von Anordnungen
- ☐ Verbotenes Verlassen des Geländes bzw. Gebäudes
- ☐ Zerstören von Mobiliar
- ☐ Tätlichkeit gegen Personal

(Mehrfachnennungen möglich)

13. Welche Bestrafung halten Sie für die geeignetste?

- ☐ Ausgehverbot
- ☐ Einsperren in Einzelzimmer
- ☐ Essensentzug (kein Abendessen z.B.)
- ☐ Vorzeitig ins Bett schicken
- ☐ Kürzung von Taschengeld
- ☐ Nichtbeachtung durchs Personal (nicht mehr mit dem Patienten sprechen usw.)

oder

(Mehrfachnennungen möglich)

14. Was sollte man tun, wenn ein Patient krankhafte Angstzustände hat?

- ☐ Beruhigende Medikamente geben
- ☐ Versuchen, ihn durch Beschäftigung auf andere Gedanken zu bringen
- ☐ Ihm sagen, er solle sich nicht so anstellen, ihm könne ja nun nichts passieren

- ☐ Versuchen, ihm klarzumachen, daß für seine Angst kein Grund vorhanden ist
- ☐ Die Sache nicht zu ernst nehmen
(Mehrfachnennungen möglich)

15. Wie sollte man reagieren, wenn ein Patient ständig seine Sachen unordentlich hat?

- ☐ mal mit ihm drüber reden
- ☐ leicht bestrafen
- ☐ für ein aufgeräumtes Zimmer kleine Belohnung in Aussicht stellen
- ☐ lieber selber schnell aufräumen, weil das schneller geht

oder

16. Benoten Sie folgende Tätigkeiten nach der Schwierigkeit, die für Sie damit verbunden ist! Die Noten gehen von 1 bis 6.

(1 = sehr schwierig und unangenehm

6 = leicht und angenehm)

- ☐ mit dem Arzt eine Auseinandersetzung wegen der Medikamente haben
- ☐ Stationsbuch führen
- ☐ wenn der Psychologe will, daß ein Patient besonders gut beobachtet werden soll
- ☐ im Stationsgespräch eine andere Meinung vertreten
- ☐ einen aggressiven Patienten beruhigen
- ☐ im Essenssaal für Ruhe sorgen
- ☐ einen total eingekoteten Patienten waschen
- ☐ mit einem sehr anhänglichen Patienten schmusen
- ☐ Zimmer aufräumen und Betten machen
- ☐ einem Patienten etwas beibringen (selber essen o.ä.)

Drehbuchvorlage für die Filmszenen des 1. Versuchs

1. Szene: Pfleger kommt in die Küche und sieht Berg von schmutzigem Geschirr. Er sieht auf dem Spülplan nach, wer Spüldienst hat. K. ist dran. Pfleger sucht K. und findet ihn im Tagesraum, Zeitung lesend.

Pfleger: Herr K., ich hab grad gesehen, in der Küche steht noch das ganze Kaffeegeschirr. Sagen Sie mal, haben Sie nich Spüldienst? Wir brauchen das Geschirr doch zum Abendessen, is doch jetzt schon fünf Uhr.

Patient: Hmmm. So'n Mist, daß wir immer den blöden Spüldienst machen sollen. Wofür ist denn eigentlich das Personal da? ... Ich seh überhaupt nich ein, daß wir das immer machen sollen!

Pfleger: Ja, Sie hatten sich aber eigentlich geeinigt auf dem Stationsgruppengespräch, daß Sie's reihum machen wollen.

Patient: Mann, aber ich war doch erst dran, und jetzt schon wieder? Immer ich!

Pfleger: Das können wir ja auf dem Plan nachsehen.

Patient: Is mir auch egal...

Pfleger: Ja nun, aber wenn Sie sich einmal geeinigt haben, dann ist es aber wirklich ungerecht, wenn da einer nich mitmacht.

Patient: Ja aber ich hab jetzt absolut keine Lust...

Pfleger: Ja, Herr K., das find' ich aber jetzt 'n bißchen schade, daß Sie das gar nicht einsehen wollen, weil ich eigentlich gedacht hatte, das würde allen Spaß machen, wenn Sie so'n bißchen zusammenleben und sich dann auch das Frühstück selber machen.

Patient: Ach, is mir doch alles egal, auf jeden Fall will ich jetzt nich spülen.

Pfleger: Tja, Herr K., das ginge natürlich auch, daß Sie das nicht mehr selber machen, aber dann...

bleibt uns nichts anderes übrig, als jemanden dafür anzustellen... aber das hat dann auch den Nachteil, daß Sie dann nicht mehr entscheiden können, w a n n Sie frühstücken, so'ne angestellte Kraft kommt nämlich nur einmal...

Patient: Ach soo ... hmm, ach mann,...

Pfleger: Ich hatte eigentlich gedacht, daß es in den letzten Wochen alle ganz schön gefunden hätten, so sich selbst zu versorgen mit dem Frühstück und unabhängiger zu sein, wann Sie aufstehen und nicht so'n festgelegten Tagesablauf zu haben...

Patient: Ja, das war ja auch wohl blöd vorher, jeder mußte um sieben Uhr aufstehen, und um acht Uhr mußten alle am Tisch sitzen, wo der eine mal gerne länger schlafen wollte als der andere...

Pfleger: Ja, na seh'n se, dann ist das doch auch nur ein kleiner Nachteil, daß da jeder in der Woche einmal Frühstück machen muß und spülen muß, so schlimm is das doch gar nich, da hat man doch auch was von.

Patient: Hach, ich hab' jetzt aber trotzdem keine Lust... ich wollte nachher das Fußballspiel sehen und... Mann, auf Spülen hab' ich mich überhaupt nich eingestellt...

Pfleger: Jaa, ich meine, wenn Sie jetzt eben schnell in der Küche das fertig machen, soviel is das ja auch nicht, dann können wir doch auch gleich das Fußballspiel alle zusammen ansehen, das ist doch auch gut, dann ist die Arbeit erledigt, und wir können Abendessen und dann zusammen fernsehen, das wär' doch ne gute Sache.

Patient: Meinen Se denn, da würden sich noch mehr Leute für interessieren, zusammen das Spiel anzugucken?

Pfleger: Klar, Herr P. und Herr M. wollen das auch sehen, das haben die auch schon gesagt.

Patient: Tja gut, dann ... geh' ich jetzt eben spülen.

Pfleger: Klasse, Herr K.

Herr K. geht spülen. Der Pfleger bereitet das Fernsehen vor.

2. Szene: Pfleger sitzt im Dienstzimmer und liest das Protokoll des letzten Stationsgruppengesprächs, wo jeweils eingetragen ist, wer nicht am Gespräch teilgenommen hat. Herr B. hat nun schon dreimal gefehlt, daher sucht der Pfleger ihn auf seinem Zimmer auf. Herr B. schreibt gerade einen Brief.

Pfleger: Herr B., denken Sie heute nachmittag ans Stationsgruppengespräch, drei Uhr?

Patient: Och, ich glaub aber nich, daß ich komme, ich wollte noch 'n Brief schreiben, nee, ach nee, da komm ich heut' nich hin...

Pfleger: Herr B., das ist mir schon die letzten beiden Male aufgefallen, Sie waren schon lange nich mehr da, wollen Sie denn gar nicht mehr kommen?

Patient: Jaa, eigentlich hatte ich mir das vorgenommen, da kommt ja doch nix bei raus und dann sitzt man da und redet und 's is so langweilig und so zäh alles, nee, ..., nee, ich wollte eigentlich da überhaupt nich mehr hinkommen.

Pfleger: Au Mann, das find' ich aber nich so schön, ich muß ja sagen, die letzten paar Male, da ist es mir auch ziemlich lang geworden, und es ist mir eigentlich auch 'ne lästige Sache, so da immer 'ne Stunde rumzusitzen, und dann kommt auch oft nichts bei raus...

Patient: Ja, und wenn ich dann auch noch an K. und T. denke, die dann immer da sitzen und... nee, nee, also wenn ich da schon dran denke, nee, also hab' ich wirklich überhaupt keine Lust, da hinzugehen...

Pfleger: Hmm, ja eigentlich, ich kann das gut verstehen, ich hab da oft auch gar keine Lust zu, aber,... ich überleg mir immer, daß es eigentlich auch 'ne wichtige Sache ist für unsere Station, wo wir doch alle so zusammenleben, da müssen wir uns eigentlich auch drüber unterhalten, wie es so auf der Station läuft...

Patient: Ach, da kommt sowieso nichts bei raus, man sitzt da und...

Pfleger: Ja, ich komme mir da auch oft richtig überflüssig vor, das stimmt schon, und in letzter Zeit ist es ja auch schrecklich lahm, irgendwie müßte das wieder anders werden.

Patient: Hmm, nee, also ich hab' wirklich keine Lust, kommt nix richtiges bei rum, und ich weiß auch nich, was ich da soll, warum ich dahingehen soll...

Pfleger: Hmm, irgendwie ist es nur blöd, eigentlich ist es 'ne Verabredung, die wir alle zusammengetroffen haben, daß wir da uns regelmäßig treffen und das besprechen, was anliegt, und jetzt soll das auf einmal einschlafen.

Patient: Ja, aber wenn doch die anderen da nix sagen, ist es doch blöd.

Pfleger: Hmm, ja, und die anderen sagen vielleicht, ja, und wenn schon welche nicht mehr kommen, der B. kommt nich mehr, dann kommen demnächst andere auch nich mehr.

Patient: Hmm, ja aber was soll ich da, das bringt doch nichts, ich ärgere mich da wirklich jedes Mal über die Zeit, da kann ich doch jetzt wirklich besser meinen Brief schreiben, auch wenn wir's verabredet haben..., nee, das is mir wirklich zu blöd...

Pfleger: Ja, ich denk nur da dran, daß es ja auch schon mal anders gelaufen ist.

Patient: Jaa...

Pfleger: Wenn ich an die Sache damals mit dem Spüldienst denke, das wäre doch wirklich nicht mehr so weitergegangen.

Patient: Jo, stimmt...

Pfleger: Und das war doch eigentlich 'ne Sache, wo Sie auch was von hatten...

Patient: Hmm...

Pfleger: Sie hatten sich doch vorher immer geopfert und gespült.

Patient: Hmm...

Pfleger: Und das haben wir eigentlich durch die Besprechung im Stationsgespräch wieder gut hingekriegt...

Patient: Hmm, ja, das is wohl wahr, aber in letzter Zeit, das is also wirklich so langweilig, da sagt keiner so richtig was, und es is so, als hätte da gar keiner Lust dran, dann hab' ich auch keine Lust mehr...

Pfleger: Hmm, ja nur, wenn - wenn das jetzt jeder sagt, dann ändert sich natürlich gar nix, ne?

Patient: Nee, nee, sicher.

Pfleger: Es müßte so einer mal kommen und das zur Sprache bringen.

Patient: Hmm...

Pfleger: Müßte mal direkt einer sagen, also, so ging's nich weiter.

Patient: Ja, können Sie das denn nich mal machen heute? Wenn das wieder anders wird, komm ich wohl auch wieder.

Pfleger: Wissen Sie, Herr B., eigentlich käm ich mir'n bißchen blöd dabei vor, ich fänd' das besser, wenn Sie das selber vorbringen würden. Ich würde Sie da sofort unterstützen, aber stellen Sie sich mal vor, wenn ich das für Sie sag', da bevormunde ich Sie doch ganz schön, Sie können doch auch selber reden!

Patient: Hmm, joo...

Pfleger: Ich glaube bestimmt, daß die anderen darauf anbeißen würden, ich hab' schon von mehreren gehört, daß sie ziemlich unzufrieden sind.

Patient: Hmm, ja, ich könnte meinen Brief ja auch hinterher fertig schreiben...

Pfleger: Ja, nicht? Eigentlich könnten Sie heute sehr wichtig sein dafür, daß das Gespräch mal wieder lebhafter wird.

Patient: Meinen Sie?

Pfleger: Ja, aber dann käme es auch wirklich darauf an, daß Sie auch da wären.

Patient: Hmm,..., jaa, .., ich kanns mir ja noch mal überlegen, 's is ja noch'n bißchen Zeit, mal sehen, vielleicht...

Pfleger: Also ich bin da ganz optimistisch, ich kann mir gut vorstellen, daß das auch mal wieder besser wird und daß wir das wieder hinkriegen.

Patient: Hmm..

Pfleger: Wenn nur einer mal den Anfang macht...

Patient: Ja, ich muß mal sehen, vielleicht komme ich doch, aber ..., mal gucken, is ja auch noch'n bißchen Zeit, mal gucken ..., mal überlegen...

Pfleger: Ja, das fänd' ich wirklich prima!

Patient: Hmm, mal sehen.

Stationsgruppengespräch. B. kommt, einige nicken ihm zu, Pfleger strahlt. Im Laufe des Gesprächs meldet sich B. mit seinem Anliegen zu Wort.

3. Szene: Pfleger kommt morgens in Frau L's Zimmer, sieht daß sie sich immer noch nicht angezogen hat.

Pfleger: Frau L., Sie sitzen ja immer noch im Unterrock da.

Patient: Hmm...

Pfleger: Die anderen Frauen sind alle schon angezogen.

Patient: Hmm...

Pfleger: Gucken Sie mal, wie schön heute morgen die Sonne scheint, wir wollten heute morgen spazierengehen, hätten Sie denn wohl Lust mitzugehen?

Patient: Hmm...

Pfleger: Ja, da können Sie natürlich nicht im Unterrock mitgehen, dann erkälten Sie sich. Wenn Sie sich jetzt anziehen und in einer Viertelstunde fertig sind, dann können wir zusammen spazierengehen.

Patient: Ja?

Pfleger: Hmm.

Patient: Können Sie mir nich helfen?

Pfleger: Och, Frau L., das können Sie doch alleine.

Patient: Hmm.

(Zwischendurch Unterhaltung mit anderem Inhalt)

Pfleger: Gewaschen haben Sie sich schon, und die Unterwäsche haben Sie schon an, da schaffen Sie den Rest doch auch noch, was ziehen Sie denn heute an ?

Patient: Rock ... und 'ne Bluse ...

Pfleger: Ach ja, das liegt ja schon neben Ihnen auf dem Bett.

Patient: Hmm... (Hält die Arme hin)

Pfleger: Nee, ich wollte Ihnen die Bluse nich anziehen, versuchen Sie mal,... erst einen Ärmel .. ja, das klappt ja schon prima! Ich komm gleich noch mal rein und guck, wie weit Sie sind, und wenn Sie's geschafft haben, dann können Sie auch mitgehen spazieren.

Patient: Hmm...

(Pfleger verläßt das Zimmer und kommt kurze Zeit später zurück)

Pfleger: Ja, Frau L., es hat ja geklappt, prima, steht Ihnen auch wirklich gut, die Bluse! Aber die obersten beiden Knöpfe sind noch offen, machen Sie die auch noch zu?

Patient: Jaa ... (knöpft einen Knopf zu, versucht auch den anderen, schafft es aber nicht)

Pfleger: An den obersten kommen Sie nicht dran,ne, da mach ich Ihnen den mal eben zu, so.

Patient: Jacke!

Pfleger: Klar, für draußen die Jacke, ziehen Sie die auch noch über

(Patient zieht umständlich die Jacke über)

Ja, jetzt sehen Sie richtig schick aus!

Patient: Kalt!

Pfleger: Ja, es ist draußen ziemlich kalt.

Patient: Hmm...

Pfleger: Ihre Freundin, Frau M. geht auch mit!

Patient: Ohh.

Pfleger: Ja, dann kann 's ja losgehen!

Pfleger und Patient verlassen das Zimmer.

Zwischentexte und eingeblendete Strukturierungshilfen

Gesprochener Vorspann für Szene 1:

Ein Pfleger bemerkt, daß ein Patient seinen vereinbarten Spüldienst noch nicht erledigt hat. Um den Patienten zum Spülen zu bewegen, begründet der Pfleger noch einmal, warum der Patient spülen muß. Er erinnert ihn an den verabredeten Spülplan und bespricht zusammen mit dem Patienten noch einmal die Vorteile, die eine Station hat, die sich weitestgehend selbst versorgt. Um dem Patienten noch einen direkten Anreiz zu geben, vereinbart er mit ihm, nach erledigtem Spülen mit ihm zusammen etwas zu unternehmen.

Einblendungen:

- Pflichten begründen
- an Verabredung erinnern
- Belohnung in Aussicht stellen

Nachspann:

In diesem Fall hat der Pfleger erreicht, daß der Patient seinen Spüldienst macht. Zu dem Erfolg hat sicher beigetragen, daß der Pfleger die Pflichten des Patienten noch einmal begründet hat und ihm eine Belohnung in Aussicht gestellt hat.

Vorspann für Szene 2:

Ein Pfleger stellt fest, daß ein Patient schon mehrmals nicht am Stationsgruppengespräch teilgenommen hat. Er spricht ihn daher daraufhin an und erkundigt sich nach den Gründen des Patienten für sein Wegbleiben. In diesem Gespräch zeigt er Verständnis für die Vorbehalte des Patienten. Zusammen überlegen sie sich noch einmal, welchen Sinn das Stationsgruppengespräch für die Station hat und welche Möglichkeiten und Vorteile es für den Einzelnen haben kann.

Einblendungen:

- Bedürfnisse des Patienten erfragen
- Verständnis zeigen
- Bedeutung des Einzelnen für die Gruppe hervorheben
- Vorteile für den Einzelnen betonen

Nachspann:

Das Gespräch hatte für Pfleger und Patienten eine positive Wirkung: der Patient kam zum Stationsgruppengespräch, ohne daß der Pfleger ihn unter Druck gesetzt hatte, und er konnte im Stationsgruppengespräch seine Wünsche vorbringen. Das Eingehen des Pflegers auf die Situation des Patienten hatte also Erfolg.

Vorspann für Szene 3:

Eine Patientin, die lernen soll, sich selbständig anzuziehen, will wieder einmal vom Pfleger angezogen werden. Der Pfleger läßt sie es jedoch konsequent allein versuchen und nennt mehrmals die Belohnung, die die Patientin für Selbst-Anziehen erhalten soll. Während des Anziehens lobt der Pfleger auch schon kleine Fortschritte.

Einblendungen:

- Belohnung in Aussicht stellen
- kleine Schritte belohnen
- durch konsequentes Nichtstun zur Selbstständigkeit verhelfen

Nachspann:

Die Patientin hat sich schließlich allein angezogen, weil der Pfleger konsequent nicht eingegriffen hat, sondern sich die Zeit genommen hat, sie es allein versuchen zu lassen.

Text des Referates für die experimentelle Kontrollgruppe

Die früheren Anstalten für psychisch Kranke glichen mehr Zuchthäusern als Krankenhäusern. Eingeliefert wurde alles, was gemessen an den Normen der jeweiligen Gesellschaft als abweichend angesehen wurde: Dirnen, Querulanten, politisch Andersdenkende, psychisch Kranke, Asoziale - kurzum alles, was irgendwie in den Augen der Gesellschaft als gefährlich oder minderwertig angesehen wurde. Das Ziel der Einlieferung war nicht Hilfe für den Eingelieferten und eventuelle spätere Reintegration in die Gesellschaft, sondern primär die Isolation des Einzelnen von der Gesellschaft, der Schutz der Bevölkerung vor suspekten Individuen. Die Einlieferung in eine Anstalt wurde z.B. als Vorbeugemittel gegen die unkontrollierte Fortpflanzung der Kranken verstanden. Die Behandlungsmethoden (z.B. Schlagen, tagelanges Liegen in eiskaltem Wasser, ~~W~~essensentzug) erinnern mehr an Foltermethoden des Mittelalters, als an Therapie oder Behandlungsschritte, die geeignet wären, eine Rehabilitation zu ermöglichen. Geht man davon aus, daß es gar nicht Aufgabe der Anstalt sein sollte, die Patienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren oder ihnen zumindest in der Anstalt ein aktives und angenehmes Leben zu ermöglichen, sondern sie lediglich von der Gesellschaft fernzuhalten, und dies am besten ging, wenn man sie möglichst passiv und abhängig machte, so wird klar, daß die Aufgaben eines Krankenpflegers mehr denen eines Zuchthauswärters glichen, als denen eines Krankenhausangestellten.

Hospitalismus als Folge der Anstaltsinternierung

Bei fast jedem Patienten traten unter den eben beschriebenen Umständen früher oder später Hospitalisierungsercheinungen auf. Hospitalismus, ein Begriff von Rene Spitz, zeigt sich im Mangel an Interesse, Fatalismus, Angst vor Neuem, geringem Interesse für Kleidung und persönliche Bedürfnisse, Verlust der Individualität. Zusammen mit anderen auftretenden Symptomen bedeutet dies für den Patienten die meist endgültige Unfähigkeit, sich innerhalb oder außerhalb der Anstalt in einer sozialen

Umwelt zurechtzufinden. Dem Patienten bleibt einfach nichts anderes übrig, als sein restliches Leben lang hinter den Anstaltsmauern dahinzuvegetieren. Die Ursachen für den Hospitalismus liegen

- im Verlust der Kontakte zur Außenwelt
- in fehlenden Möglichkeiten zur Eigenaktivität
- im Verlust von Freunden und Eigentum
- in geringen Zukunftsaussichten

Der Hospitalismus zählt aber auch heute noch zu den größten Problemen, mit denen man als Pfleger zu tun hat. Zum einen hat man noch Patienten, die schon seit 30, 40 oder gar 50 Jahren hinter den Anstaltsmauern sind, und zum anderen gibt es auch heute noch Faktoren, die Hospitalisierungsschäden hervorrufen:

1. hat sich auch heute noch nicht überall die Erkenntnis durchgesetzt, daß es notwendig ist, psychisch Kranke möglichst wieder in die Gesellschaft zu integrieren, oder aber ihnen zumindest innerhalb der Anstalt ein weitgehend ähnliches Leben zu ermöglichen.
2. verhindern viele Dinge eine intensive und rehabilitationsfördernde Beschäftigung mit dem Patienten:
 - zu wenig Personal
 - zu wenig Geld für eine angenehme Gestaltung der Umwelt des Patienten
 - eine Krankenpflegerausbildung, die nur das Wie der Pflege und Versorgung der Patienten vermittelt, aber nicht sagt, wie man den Patienten vor Hospitalisierungsschäden schützt bzw. für das Leben innerhalb oder außerhalb der Anstalt fördert.

Wie verhindert man Hospitalisierung?

Nötig wäre es, Außenkontakte des Patienten zu fördern, den Patienten zu mehr Eigeninitiative zu aktivieren, Bedingungen zu schaffen, unter denen der Pfleger mehr Zeit für den persönlichen Kontakt mit dem Patienten hat. Als Möglichkeit diese Ziele zu verwirklichen, wird in letzter Zeit die Therapeutische Gemeinschaft diskutiert. Der Patient wird nicht mehr nur als Objekt von Pflege und Ver-

sorgung gesehen, sondern als ein eigenes Individuum mit Wünschen, Interessen und Rechten akzeptiert. Eine optimale Arbeit unter diesen Verhältnissen setzt natürlich auch beim Pflegepersonal Veränderungen voraus. Die Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern, Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeitern, Psychologen, Musiktherapeuten und Sportlehrern muß wesentlich verbessert werden. Nicht mehr die physische und medizinische Versorgung des Patienten darf im Vordergrund der Pflegearbeit stehen, sondern der persönliche Umgang mit dem Patienten: die Frage, wie ich einen Patienten aktiviere, wie ich ihn dazu bekomme, Gefühle zu äußern, etwas zu lernen, oder aber überhaupt erstmal Interesse an der Umwelt zu entwickeln. Diese komplexen Verhaltens- und Gesprächsformen darf man nicht nur theoretisch im Unterricht lehren, sondern muß sie praktisch, z.B. in Rollenspielen einüben.

Aus allgemeiner Sicht wären folgende Neuerungen, wie sie z.T. in dem Bericht der Kommission zur Lage der psychiatrischen Versorgung gefordert wurden, notwendig:

- früheres Erkennen beim Auftreten psychischer Krankheiten,
- die Schaffung ambulanter und halbstationärer Institutionen, so daß eine vollständige Ausgliederung des Patienten verhindert werden kann,
- Nachsorgeeinrichtungen,
- eine bessere Ausbildung aller Kräfte, die direkten Kontakt mit dem Patienten haben.

Da dies aber langfristige Ziele und Forderungen sind, die nicht von heute auf morgen zu verwirklichen sind, muß es zur Zeit noch darum gehen, zumindest den gegenwärtigen Alltag im psychiatrischen Krankenhaus möglichst realitätsnah zu gestalten. Dies wird, wie schon erwähnt, versucht mit Hilfe des Konzeptes der Therapeutischen Gemeinschaft, das von Maxwell Jones 1952 zum ersten Male verwirklicht wurde. Jones hat während des zweiten Weltkrieges zum ersten Male versucht, das traditionelle Krankenhausmilieu umzugestalten im Sinne einer Therapeutischen Gemein-

schaft. Wichtigste Grundlagen sind das Prinzip der gestuften Mitverantwortung des Patienten und eine Demokratisierung der Anstaltsstruktur. Das ist aber nur möglich bei einer Haltungsänderung des gesamten Personals, da Therapeutische Gemeinschaft bedeutet, daß der Patient nicht länger das Objekt oder der passive Empfänger einer Behandlung oder Verordnung ist, sondern als Partner angesehen wird, von dem man annimmt, daß er zu verantwortlicher Mitarbeit in der Lage ist. Wenn aber die Zusammenarbeit innerhalb des Mitarbeiterteams und die Beziehungen zum Patienten von solcher Bedeutung sind, ist die erste Voraussetzung für eine allmähliche Veränderung der Abteilungsstruktur hin zu einer Therapeutischen Gemeinschaft die laufende Orientierung, Information und Schulung des Pflegepersonals. Nur wenn die Krankenpfleger den Sinn und Zweck der Therapeutischen Gemeinschaft verstanden und akzeptiert haben, ist eine Veränderung des stationären Milieus möglich, da sonst Abwehr und Mißtrauen auftreten könnten, wenn lange übliche Gewohnheiten sich plötzlich ändern.

Tatsächlich ändert sich der Stellenwert vieler Tätigkeiten des Pflegepersonals grundlegend, denn aufgrund des intensiven und dauernden Kontaktes zum Patienten ist das Pflegepersonal in besonderem Maße verantwortlich für die Schaffung eines Milieus, das der Therapeutischen Gemeinschaft entspricht.

Leider ist es immer noch so, daß die derzeitige Praxis den einzelnen Pflegern aufgrund der anfallenden Verwaltungstätigkeiten und des Personalmangels kaum Zeit für Patient, Pflege und Kontakte läßt.

Wie aber sehen erste Stufen der Verwirklichung einer Therapeutischen Gemeinschaft aus?

Wichtig ist sicher das Öffnen der Abteilungen, wo es eben möglich ist, um ein angstfreies Klima zu ermöglichen. Das bedeutet natürlich für Schwester und Pfleger eine große Umstellung und neue Verantwortung, ja sogar eine gewisse Risikobereitschaft. Darüber hinaus kommt sinnvoller Arbeits- und Beschäftigungstherapie eine große Bedeutung zu. Auch hier sehen sich Schwestern und Pfleger wieder deutlich vor Grenzen gestellt, da ihnen

jede Vorbereitung darauf in ihrer Ausbildung fehlt. Ähnlich schwierig ist die Anleitung der Patienten zu einer eigenen und individuellen Gestaltung ihres Lebens innerhalb der Anstalt, soweit das eben möglich ist. Wichtige Fragen im Zusammenhang mit der Therapeutischen Gemeinschaft sind Fragen des Ausgangs, der Abteilungsordnung, aber auch der Medikamentenvergabe und der Entlassung. Erst wenn solche Probleme innerhalb der Gruppe auf einer Stationsversammlung besprochen werden, fühlen sich Patienten ernstgenommen. Mit der Zeit könnte auf einer so organisierten Station ein gewisses Gefühl der Solidarität entstehen, das als gemeinsame Basis eine neue Form des Zusammenlebens ermöglicht. Das Personal wird somit einbezogen in die Gruppe, und es kommen Lernprozesse in Gang, da plötzlich über Dinge, die alle angehen, gesprochen wird, während sie vorher einfach hingenommen wurden. Die Folge kann eine völlig veränderte Atmosphäre auf der Station sein, wo Vertrauen und Zuversicht herrschen anstelle von Angst, Abhängigkeit und Mißtrauen, die den Patienten in seiner hilflosen, passiven und unfähigen Position halten. Auch der Arzt müßte in diesem Modell seine negative Machtposition mit der Zeit verlieren.

Das Kernstück des Konzeptes der Therapeutischen Gemeinschaft bilden demnach auf der einen Seite die schon erwähnten regelmäßig stattfindenden Stationsgruppengespräche, in denen die Patientengruppe zusammen mit dem therapeutischen Team Probleme des Zusammenlebens gemeinsam bespricht, und die zum Ziel haben, die Patienten zu immer größerer Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung zu erziehen.

Auf der anderen Seite stehen als unverzichtbares Element des Konzeptes der Therapeutischen Gemeinschaft die Sitzungen des therapeutischen Teams, um dem Personal den erforderlichen Rückhalt sowie Entscheidungshilfen zu bieten bei den sicherlich aufkommenden Unsicherheiten. Wenn man psychiatrische Behandlung nicht mehr in erster Linie als medizinische Behandlung, sondern wie Jones vor allem als Prozeß sozialen Lernens versteht, ist

sicherlich von allen Beteiligten ein beträchtliches Maß an Umdenken, Umlernen und Umgestalten gefordert.

Erst dann wird es möglich sein, daß jeder Patient ein Stück Verantwortung für sein tägliches Leben auf der Abteilung und für die ganze Gruppe trägt. Sicherlich darf dabei der jeweilige Krankheitszustand des Patienten nicht außer acht gelassen werden, sondern die Anforderungen, die man an den einzelnen Patienten stellt, müssen ihm angemessen sein. In solch einem Milieu könnten Heilungschancen beträchtlich steigen und könnte eine Rückkehr in die Gesellschaft besser vorbereitet werden dadurch, daß schon das Stationsleben der späteren Realität ähnlich ist und vergleichbare Anforderungen an den Einzelnen stellt. Daneben soll der psychisch Kranke jedoch den nötigen Schutz und die erforderliche Unterstützung erhalten, die ihn vor Überforderung bewahrt und damit Rückfälle verhindert. Rehabilitation umfaßt mehr als Entlassung nach draußen, auch innerhalb des Krankenhauses kann die Rehabilitation chronischer Patienten gefördert werden - etwa im Sinne größerer Selbständigkeit. Es ist erstaunlich, was für positive Erfahrungen die therapeutischen Mitarbeiter im Umgang mit psychisch Kranken machen können in einer veränderten Atmosphäre, in der der Patient ernstgenommen wird.

Daher ist die Feststellung, daß wir von der bewahrenden zur behandlungsorientierten Psychiatrie kommen wollen, unumstritten. Es stellt sich dann aber sofort die Frage, auf welchem Weg wir das erreichen wollen?

Die konkrete Umsetzung findet in einer ganzen Reihe von Neuerungen im Stationsalltag statt. Das Ziel dabei muß immer sein, bestehenden Institutionalismus abzubauen oder die Entstehung des Hospitalismus zu vermeiden. Ganz wichtig dabei ist die Einstellung der Betreuer zum Patienten. Es ist ein großer Unterschied, ob man den Patienten als willenloses Kind ansieht, das man verwahren muß, oder als ein Individuum, das man respektiert und dem man helfen will. Der Respekt vor der Individualität des Patienten muß der Leitfaden für den Umgang mit ihm sein!

Diesen Respekt vor der Individualität des Anderen bringt man ja auch jedem anderen Menschen seiner Umgebung entgegen. Der Patient darf keine Ausnahme bilden.

Auf der Station ein therapeutisches Milieu zu schaffen heißt konkret: dem Patienten ein Gefühl der Selbstachtung zu geben und sein Selbstbewußtsein zu stärken. Das heißt zuerst einmal, daß die Eigeninitiative des Patienten gefördert werden muß. Eine konsequente Aktivierung muß stattfinden. Aber wie kann der Pfleger oder die Schwester diese Förderung und Aktivierung erreichen?

Das Bestreben, dem Patienten ein Gefühl von persönlichem Wert zu vermitteln, fängt dabei schon in den alltäglichen Dingen an. Zum normalen Leben gehört z.B. die Einteilung der Zeit. Das Pflegepersonal muß dafür sorgen, daß der Patient in der Institution auf keinen Fall den Umgang mit der Zeit verlernt. Eine geregelte Einteilung von Freizeit und Pflicht sollte mit dem Patienten zusammen vorgenommen werden. In einem Wochenplan läßt sich der Wechsel von Rechten und Pflichten jedes Patienten übersichtlich festhalten. Der Patient kann so lernen, oder verlernt nicht, seine Zeit einzuteilen und mit ihr zu planen.

In diesen Rahmen gehört auch die Pflege der äußeren Erscheinung des Patienten. Der Patient sollte nicht als willenloses Kind angesehen werden, das vom Pflegepersonal gewaschen und dann in Anstaltskleidung gesteckt werden muß. Ein gepflegtes Äußeres hebt das Selbstbewußtsein des Patienten. Dabei sollte der Betreuer dafür sorgen, daß die Patienten in den meisten Fällen selbst Sorge für die Pflege der eigenen Kleidung tragen. Auch in diesem Bereich sollte der Pfleger oder die Schwester dem Patienten möglichst viel Bewegungs- und Entscheidungsfähigkeit erhalten. Ein Patient, dem vom Pfleger die Kleidung für jeden Tag vorgeschrieben wird, erinnert eher an ein unmündiges Kind als an einen Partner, der in seiner Individualität akzeptiert wird. In einer therapeutisch orientierten Station kommt noch dazu, daß die Patienten selbst für die Planung und Vorbereitung des Essens sorgen. Der Pfleger oder die Schwester muß sich bemühen,

das mit den Patienten einzuüben. Selbstversorgung ist ein weiterer Schritt hin zur Selbständigkeit.

Neben diesen Aufgaben des Pflegepersonals, den Patienten durch geregelten Tagesablauf und Selbstversorgung und persönliche Pflege an ein normales Leben zu gewöhnen, bietet sich noch der Freizeitbereich an. Auch in diesem Bereich kann und sollte der Patient vom Pflegepersonal aktiviert werden. So kann der Patient in die Gestaltung seines Lebens und seiner Umgebung einbezogen werden. Dazu müssen dem Patienten vom Personal abwechslungsreiche und unterhaltende Anreize gegeben werden, die aktuell sind und auf seine persönlichen Bedürfnisse abgestimmt sind.

Das bedeutet, daß der Pfleger diese individuellen Bedürfnisse durch Interesse für den Patienten und Aufmerksamkeit herausfinden muß. Je mehr Eindrücke der Patient gewinnen kann, um so mehr ist ihm die Möglichkeit zur Aktivität gegeben. Um so weniger wird der zur Interessenlosigkeit neigen. Kontakt mit der Außenwelt ist wichtig.

Über die vorhandenen Kommunikationsmittel (Radio, Fernsehen, Zeitung) gewinnt oder behält der Patient Verbindung mit den Ereignissen 'draußen'. Daher sollten dem Patienten diese Medien vom Pflegepersonal nahegebracht werden und ihr Gebrauch eingeübt werden. Weiter bieten sich noch gemeinsame Besuche von Filmen, Theater oder Sportveranstaltungen an. Je häufiger der Patient stimuliert und angeregt wird, um so verbundener ist er mit dem normalen Leben und um so leichter wird ihm die Wiedereingliederung in die Gesellschaft fallen. Es ist unmittelbar einsichtig, daß über diese Kontakte zur Außenwelt der Patient auch die normale Nutzung der öffentlichen Einrichtungen (Bus, Zug, Telefon) lernen oder beibehalten kann. Verbindung mit der Außenwelt bleibt auch um so eher bestehen, je häufiger der Patient die Möglichkeit erhält, Besuch von Angehörigen zu empfangen. Der Pfleger oder die Schwester sollten diese Kontakte daher fördern. Auf der Station ist in diesem Zusammenhang auch die Bildung von Gruppen wichtig. Die Beziehungsfähigkeit des Patienten wird so erhalten und gefördert. Die Aktivität der Gruppen

kann dabei in verschiedenen Bereichen liegen, z.B. Spiele, gemeinsame Ausflüge, Sport.

Über diese Gruppenaktivitäten hinaus ist eine weitere Möglichkeit, den Patienten an ein normales Leben zu gewöhnen, die Stationsversammlung. Ziel des Stationsgruppengesprächs ist es, Fragen und Schwierigkeiten, Kritik und Vorschläge zum gemeinsamen Stationsalltag zu diskutieren. Es eignet sich besonders dazu, die Eigenverantwortung des Patienten zu fördern, er kann hier freiwillig Aufgaben übernehmen und seine Wünsche vorbringen, um so die Regeln des Zusammenlebens mitzubestimmen. Daher sollte er breiten Spielraum im Stationsgruppengespräch haben, etwas vorzubringen und darin unterstützt zu werden. Deshalb sollte das Pflegepersonal dort nicht zu dominant sein.

Es wird deutlich, daß es im Stationsalltag verschiedenste Punkte gibt, an denen der Pfleger oder die Schwester ansetzen kann, um auf ihrer Station ein therapeutisches Milieu zu verwirklichen. Die Haltung des Respektes gegenüber dem Patienten ist die Basis für die Organisation der Station zum therapeutischen Milieu. Um die Rehabilitation und Resozialisierung des Patienten zu erreichen, dürfen die Betreuer sich nicht mehr als Versorger oder Verwahrer der Patienten betrachten, es muß viel mehr darum gehen, therapeutisch anwesend zu sein. Der Pfleger oder die Schwester müssen dem Patienten vermitteln, daß sie ihm Verständnis, Hilfsbereitschaft und Rücksichtnahme entgegenbringen. Dazu ist zuallererst Interesse für die Situation des Patienten notwendig. In Gesprächen z.B. muß der Pfleger dem Patienten vermitteln, daß er ihn akzeptiert, wie er ist, daß er verstehen und Anteil nehmen will; in allen weiteren Bereichen des Alltags drückt der Betreuer diese akzeptierende und respektierende Haltung dadurch aus, daß er dem Patienten Bewegungsfreiheit läßt und ihn zu Eigeninitiative und Selbständigkeit ermuntert. Man tut mehr für den Patienten, wenn man ihn fordert, als wenn man ihn versorgt. Pfleger und Schwestern sollten daher alle Maßnahmen im Umgang mit dem Patienten überprüfen, ob sie der Rehabilitation dienen.

	Vp	Geschlecht	Alter	Station	Schulabschluß
Exp. Grup. I	1	weiblich	1941	Akutb.	Hauptsch.
	2	männlich	1956	Geriatric	mi. Reife
	3	weiblich	1955	Suchtb.	Fachabitur
	4	weiblich	1957	Akutb.	mi. Reife
	5	männlich	1952	Suchtb.	Abitur
Exp. Grup. II	1	weiblich	1957	Reha.b.	mi. Reife
	2	weiblich	1957	Geriatric	Fachabitur
	3	männlich	1952	Akutb.	Hauptsch.
	4	männlich	1954	Geriatric	mi. Reife
	5	weiblich	1957	Akutb.	Fachabitur
Kontr. Grup. I	1	weiblich	1953	Städt.Kr.	Hauptsch.
	2	weiblich	1956	Innere	Hauptsch.
	3	weiblich	1951	Akutb.	Hauptsch.
	4	männlich	1956	Städt.Kr.	Hauptsch.
	5	männlich	1953	Innere	Hauptsch.
Kontr. Grup. II	1	weiblich	1945	Reha.b.	Hauptsch.
	2	männlich	1950	Reha.b.	sonstige
	3	männlich	1955	Neurol.	Fachabitur
	4	weiblich	1953	Städt.Kr.	Hauptsch.
	5	männlich	1956	Städt.Kr.	Hauptsch.
	6	männlich	1936	Neurol.	Hauptsch.
	7	weiblich	1942	Neurol.	Hauptsch

Tab. 3: Daten der Vpn des 1. Experiments

Fragebogen für den ersten Versuch:

ERLÄUTERUNGEN ZUM FRAGEBOGEN:

Auf den folgenden Seiten sind einige Situationen aufgezählt, auf die das Pflegepersonal in der Psychiatrie täglich im Umgang mit einzelnen Patienten stoßen kann.

In jeder dieser Situationen sind verschiedenen Reaktionen denkbar, denn jeder Pfleger wird unterschiedlich auf den Patienten eingehen. Wir haben versucht, verschiedene Möglichkeiten zu sammeln, wie sich ein Pfleger in der jeweiligen Situation verhalten könnte.

Für jede beschriebene Situation gibt es im vorliegenden Fragebogen drei, vier oder fünf mögliche Verhaltensweisen. Bei jeder dieser Möglichkeiten interessiert uns, wie sehr Sie sich ein solches Verhalten auch für Sie vorstellen können.

Deshalb ist der Fragebogen so aufgebaut, daß immer zuerst die Situation vorgestellt wird und anschließend mehrere Pflegerreaktionen genannt werden. Für Ihre Einschätzung jeder Reaktionsmöglichkeit ist immer eine Zeile mit fünf Stufen vorgesehen. Hier sollen Sie angeben, ob Sie sich eher genauso oder eher ganz anders verhalten würden.

Beispiel:

Ein Patient hat wieder einmal vergessen, die Blumen zu gießen.

- a) Der Pfleger bemerkt die trockenen Pflanzen und bittet einen anderen Patienten, das Gießen zu übernehmen.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- ~~5~~

Ich würde mich
genauso verhalten

Wenn Sie sich genauso verhalten würden, kreuzen Sie bitte (wie oben) die Zahl 5 an.

Wenn Sie sich eher ganz anders verhalten würden, kreuzen Sie bitte (wie nachstehend) die Zahl 2 an:

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- ~~2~~ -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

Wenn Sie sich ganz anders verhalten würden, kreuzen Sie bitte (wie nachstehend) die Zahl 1 an:

Ich würde mich ganz anders verhalten	X -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

Also: Je nach Grad Ihrer Übereinstimmung mit den beschriebenen Handlungsweisen des Pflegers kreuzen Sie bitte die 1, die 2, die 3, die 4 oder die 5 an.

Wir bitten Sie, bei jeder Situation alle aufgeführten Handlungsalternativen zu beurteilen und keine auszulassen. Bitte überlegen Sie beim Ankreuzen nicht zu lange. Es geht in diesem Fragebogen nicht um das Abfragen von Wissen, sondern uns interessiert Ihre ganz persönliche Meinung.

Bevor der eigentliche Fragebogen beginnt, finden Sie auf der nächsten Seite einige Fragen zur Person, die Sie bitte vorher ausfüllen. Der Fragebogen wird absolut vertraulich behandelt und ist anonym. Die Angabe Ihres Namens ist daher nicht erforderlich.

Vielen Dank!

ANGABEN ZUR PERSON:

1) Geburtsdatum:

2) Geschlecht: männlich weiblich

3) Familienstand: ledig verheiratet
verwitwet geschieden

4) Kinderzahl:

5) Welchen Schulabschluß haben Sie:

Hauptschulabschluß

Fachoberschule

Hochschulreife

sonstige Ver-
bildung

6) Haben Sie eine vorherige Ausbildung:

7) Wo arbeiten Sie zur Zeit innerhalb des WLK:

Rehabilitationsbereich

Akutbereich

Suchtbereich

Geriatrie

Neurologie

Innere Abt.

Unterstreichen Sie bitte die jeweils zutreffende Antwort!

1. Ein Patient hilft nicht den Tisch abräumen, obwohl es so vereinbart war.

a) Der Pfleger treibt den Patienten und redet ihm gut zu.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erklärt dem Patienten, daß er sich nun beeilen müsse, da der Bus gleich komme, mit dem sie in die Stadt wollten.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger erinnert noch einmal an das Stations-
gruppengespräch.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger meint zum Patienten, daß der Tisch doch gleich für Spiele gebraucht werde.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

2. Eine Patientin weigert sich, das Busfahren wieder einzuüben.

a) Der Pfleger erläutert, daß derjenige, der allein mit dem Bus fahren kann, auch allein einen Stadtbummel machen kann.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger schlägt der Patientin vor, sich als erstes einen Fahrplan zu besorgen und die nächste Haltestelle ausfindig zu machen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger bemerkt, daß es beschlossen sei, daß es gelernt werde.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger meint, dann könne es die Patientin eben nicht lernen, denn er könne sie ja nicht zwingen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

e) Der Pfleger gibt zu verstehen, er habe geglaubt, es mache der Patientin Spaß.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

3. Eine Patientin will nicht zu einer Stationsbesprechung gehen, auf der die Gestaltung des Tagesraumes überlegt werden soll.

a) Der Pfleger hebt hervor, daß die Patientin doch die Expertin der Station dafür sei, und daß es wichtig sei, daß sie kommen

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erinnert, daß die Patientin besondere Wünsche für den Tagesraum hatte, die sie heute vorbringen könne.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger schüttelt nur mit dem Kopf: Er opfere sich doch schließlich dauernd.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

4. Ein Patient kommt nicht zum Aufräumen des Gemeinschaftsraumes.

- a) Dieses Mal will der Pfleger dem Patienten die Arbeit nochmal erlassen. Er denkt, daß das morgen auch noch erledigt werden kann.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

- b) Der Pfleger erklärt dem Patienten, daß er dann gleich noch Zeit für eine Runde Skat mit seinen Freunden habe, wenn er das Zimmer jetzt aufräume.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

- c) Der Pfleger nimmt den Patienten mit zum Plan und zeigt ihm, daß er heute Dienst hat.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

- d) Der Pfleger versucht dem Patienten die Arbeit schmackhaft zu machen und erinnert ihn an das Fest, das abends im Gemeinschaftsraum stattfinden soll.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

5. Ein Patient will seinen Schrank nicht aufräumen.

- a) Der Pfleger gibt zu bedenken, daß er sonst in den Privatsachen des Patienten wühlen müsse und aufräumen müsse.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- b) Der Pfleger sagt, mit aufgeräumtem Schrank gehe es in den nächsten Tagen schneller, wenn der Patient sich neues Zeug raussuchen müsse.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- c) Der Pfleger meint, hier räume jeder seinen Schrank auf, da gebe es keine Ausnahme.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- d) Der Pfleger hakt immer wieder nach, ob der Schrank immer noch nicht fertig sei.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

6. Die ganze Station will einen Ausflug in den nahegelegenen Freizeitpark machen, zu dem aber alle mitmüssen, weil keiner auf der Station zurückgelassen werden darf. Ein Patient wehrt sich dagegen und will auf der Station bleiben.

a) Der Pfleger erinnert ihn noch einmal an den letzten gelungenen Ausflug, an dem der Patient besonders viel Spaß hatte.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger versucht, herauszukriegen, wieso er jetzt auf einmal nicht mehr mitwill, wo er sich schon seit drei Wochen darauf freut.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger schiebt ihn vor sich her in den Bus.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

7. Ein Patient erscheint zum wiederholten Male nicht beim Frühsport.

a) Der Pfleger sagt dem Patienten, daß er das nicht von ihm gedacht hätte und nun enttäuscht sei, wenn der Patient wieder nicht mitmache.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erklärt dem Patienten, wie gesund der Frühsport gerade für ihn sei.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger bittet den Patienten, dem Turnlehrer zuliebe mitzumachen, der doch extra für die Patienten komme.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger erinnert den Patienten daran, wieviel Spaß die Turnstunde am Vortag doch gemacht habe.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

e) Der Pfleger muntert den Patienten auf und sagt ihm, daß dann nach dem Frühsport alle zusammen gemütlich Kaffee trinken.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

8. Ein Patient soll lernen, sich selbst zu rasieren.

Auch heute morgen soll er es allein versuchen, macht aber keinerlei Anstalten anzufangen.

- a) Der Pfleger erklärt ihm noch einmal, daß es weniger wehtut, wenn er sich selbst rasiert, da er ein besseres Gefühl dafür hat.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

- b) Der Pfleger zeigt ihm noch einmal genau, wie man den Rasierer halten muß.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

- c) Als der Patient endlich anfängt und sich gleich beim ersten Versuch schneidet, erschrickt der Pfleger und sagt schnell, daß es reiche für heute.

Ich würde mich
ganz anders
verhalten

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich würde mich
genauso verhalten

9. Die Patienten der Station haben beschlossen, einen Basar zu veranstalten, auf dem sie selbstgemachte Basteleien verkaufen wollen. Ein Patient hatte zugesagt mitzumachen, kommt aber jetzt nicht.

a) Der Pfleger weist auf die Abmachung hin und betont, daß es wichtig sei, daß alle mitmachen, damit der Basar ein Erfolg wird.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erinnert, daß der Patient doch den anderen zeigen wolle, wie es gehe, da er doch ein so guter Bastler sei.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger fragt, warum sie denn erst so einen Versuch machen, wenn er hinterher alles wieder allein machen solle.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger beteuert, daß es das letzte Mal sei, daß er sich auf den Patienten verlasse.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

Auf der nächsten Seite finden Sie Stellungnahmen von Pflegepersonal zu fünf verschiedenen Problemen aus dem Bereich der Psychiatrie. Zu jedem Problem haben wir zwei geäußerte Meinungen aufgeschrieben. Von Ihnen möchten wir wissen, mit welcher der beiden Einstellungen Sie eher übereinstimmen.

Beispiel:

- a) Einige Pfleger meinen, daß die Landeskrankenhäuser häufiger in der Öffentlichkeit auf ihre Probleme aufmerksam machen müßten.
- b) Andere sprechen sich dagegen aus, weil diese Probleme ihrer Meinung nach in der breiten Öffentlichkeit doch mit zu wenig Sachkenntnis diskutiert werden.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

Wenn Sie Argument a zustimmen, machen Sie bitte Ihr Kreuz im linken Bereich der Zahlen.

Stimmen Sie jedoch Argument b zu, kreuzen Sie bitte im rechten Bereich eine Zahl an.

Bitte entscheiden Sie sich bei jedem der aufgeführten Probleme für eine geäußerte Meinung.

1. a) Für einige Pfleger ist es wichtig zu wissen, mit welcher Diagnose ein Patient aufgenommen wird, um sich darauf einzustellen.
- b) Andere achten stattdessen lieber in den ersten Wochen verstärkt darauf, wie sich der Patient auf der Station verhält, und gehen darauf ein.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

2. a) Einige Pfleger behaupten, es sei unbedingt erforderlich, psychiatrische Langzeitpatienten aus ihrer Passivität zu reißen.
- b) Andere sagen, warum sollen wir ihnen nicht ihre Ruhe lassen, wenn sie sich dabei wohlfühlen.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

3. a) Es gibt Pfleger, die halten es für sehr wichtig, daß ihre Patientn in alltäglichen Dingen selbstständiger werden.
- b) Andere wenden dagegen ein, daß sich der damit verbundene größere Zeitaufwand für die Pfleger nicht lohne.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

4. a) Es gibt Pfleger, die verlangen, daß man als Betreuer dem Patienten immer als Gesprächspartner zur Verfügung stehen müsse, wenn dieser das Bedürfnis danach habe.

- b) Andere versuchen, ihre Patienten an regelmäßige Gesprächszeiten zu gewöhnen und weisen sie außerhalb dieser Zeit auch mal zurück, wenn sie gerade mit etwas Wichtigem beschäftigt sind.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

5. a) Es gibt Pfleger, die stehen auf dem Standpunkt, daß ein Patient sich lieber selbst rasieren soll, als daß der Pfleger ihn rasiert, auch wenn es mal nicht so ordentlich wird.

- b) Andere halten es für wichtiger, daß die Patienten ein gepflegtes Äußeres haben, damit sie auf Besucher nicht abstoßend wirken.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

Fragebogen Form 2

Erläuterungen und Angaben zur Person (Seite 1 - 3 des Fragebogens) sind deckungsgleich mit Form 1.

1. Ein Patient will den Essenswagen nicht holen, obwohl er heute dran ist.

a) Der Pfleger gibt dem Patienten zu bedenken, daß in der nächsten Woche ein anderer Patient die Arbeit für ihn tut.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger wird ärgerlich und sagt: "Los Sie gehen jetzt sofort, ohne Widerrede."

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger holt schnell einen anderen Patienten und schickt den.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger erklärt, daß der Patient, wenn er jetzt geht, bei den ersten ist und nicht warten muß.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

2. Ein Patient will sich morgens nicht waschen.

a) Der Pfleger wäscht den Patienten.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger meint zum Patienten, er solle nicht so wasserscheu sein und sich nicht so anstellen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger erinnert den Patienten daran, wie gut er sich doch am Vortage gewaschen habe, das habe doch prima geklappt.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger sagt: "Wenn Sie sauber sind, gefallen Sie mir viel besser".

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

3. Eine Patientin hatte sich für die Vorbereitungsgruppe zum Stationsfest gemeldet und will jetzt nicht mehr mitmachen.

a) Der Pfleger betont noch einmal, daß sie doch immer so gute Ideen habe.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger nimmt zwar zur Kenntnis, daß die Patientin nicht kommen wil, aber er kann sich schließlich nicht um jeden einzelnen Patienten kümmern.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger stellt nur fest, daß die Patientin das selbst wissen müßte, schließlich sei es ein Patientenfest.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger macht deutlich, daß er befürchtet, alles bleibe an ihm hängen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

4. Der Patient kommt nicht zum Bus, der im Hof wartet
und die Patienten ins Schwimmbad bringen soll.

a) Der Pfleger meint zum Patienten, er wisse doch, wie
gut das Schwimmen für den Rücken ist.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger sagt: "Alle warten wieder nur auf Sie!"

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2--- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger erinnert den Patienten aufmunternd an den
Spaß, den es jedes Mal macht.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

5. Der Pfleger bemerkt, daß ein Patient selten seine Wäsche wechselt.

a) Der Pfleger ist enttäuscht und sagt dem Patienten, daß er das nicht von ihm gedacht habe.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger legt dem Patienten frische Wäsche auf sein Bett.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger erklärt dem Patienten, wie wichtig Hygiene und Sauberkeit ist.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger bittet den Patienten, es doch mal zu versuchen, er fühle sich in frischer Wäsche bestimmt viel wohler.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

6. Der Festsaal soll von allen zusammen für das gemeinsame Fest geschmückt werden. Ein Patient will sich drücken.

a) Der Pfleger erklärt, es sei ungerecht, wenn nur wenige die Arbeit machten und alle mitfeierten hinterher.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erwähnt noch einmal, wie prima der Patient im letzten Jahr die Girlanden aufgehängt hat.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger läßt sich nicht beirren und bleibt dabei: Drücken gilt nicht, um 18.30 Uhr sind alle da zum Schmücken.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger klopft dem Patienten auf die Schulter:
Ach geben Sie sich doch 'nen Ruck!

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

7. Ein Patient hilft nicht beim Säubern des Wasserbeckens.

a) Der Pfleger sagt: "Och, darüber brauchen wir doch nicht mehr zu diskutieren."

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger weist den Patienten darauf hin, daß er noch den ganzen Nachmittag für sich habe und bestimmt in zehn Minuten fertig sei, wenn er jetzt schnell mache.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger nimmt selbst den Lappen in die Hand und zeigt dem Patienten an, er solle jetzt schnell verschwinden.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger weist darauf hin, daß der Patient um so länger braucht, je länger er stöhnt.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

e) Der Pfleger sagt: "Jetzt kann ich es aber bald nicht mehr hören, jeden Tag das gleiche Gestöhne."

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

8. Der Patient steht im Waschraum, will sich die Zähne nicht putzen.

a) Der Pfleger sagt dem Patienten, er solle sich an den letzten Zahnarztbesuch erinnern.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger meint: " Dann werden Ihnen wohl bald die Zähne ausfallen!"

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger erklärt dem Patienten, daß das Zähneputzen in seinem eigenen Interesse sei und nicht für den Pfleger geschehe, sondern um die Zähne zu erhalten.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

9. Eine Patientin will sich abmelden von der gemeinsam angesetzten Wanderung in den nahegelegenen Wald.

a) Der Pfleger erkundigt sich, woran es denn liegen könne, daß sie nicht mitwolle und was sie stattdessen tun wolle.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger malt aus, wie schön es bei dem herrlichen Wetter ist, durch die Frühlingsluft zu laufen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger hat es sehr eilig, schüttelt im Vorbeigehen den Kopf: Immer dasselbe mit Ihnen!

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger bemerkt: " Sie sind ein richtiger Spielverderber."

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

1. a) Einige Pfleger halten es für besser, wenn sich keine Grüppchen bilden unter den Patienten, weil man als Pfleger von mehreren gemeinsam leichter hintergangen werden könne.

b) Andere Pfleger versuchen, Kontakte unter den Patienten zu fördern, auch wenn dies mit Risiken verbunden ist.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

2. a) Einigen Pflegern ist es sehr recht, wenn Patienten von sich aus mit ihren Wünschen kommen.

b) Andere haben das nicht so gern weil sie es lieber von sich aus den Patienten recht machen.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

3. a) Es gibt Pfleger, die fragen Patienten, die Schwierigkeiten machen, warum sie das tun.

b) Andere Pfleger versuchen lieber, schwierige Situationen zu überspielen und dadurch zu beenden.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

4. a) Manche Pfleger meinen, zu häufiges Lob wirke sich nachteilig auf den Patienten aus, weil sie sich dann weniger bemühen.

b) Andere sprechen den Patienten gern und häufig ein kleines Lob aus, wenn sie etwas geschafft oder angefangen haben.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

5. a) Manche Pfleger fragen, bevor Neuerungen auf der Station eingeführt werden, die Patienten nach ihren Vorstellungen.

b) Andere raten davon ab, weil es sonst nie zu Neuerungen käme.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

Fragebogen Form 3

Erläuterungen und Angaben zur Person (Seite 1 - 3 des Fragebogens) sind deckungsgleich mit Form 1.

1. Ein Patient hilft nicht beim Kochen.

- a) Der Pfleger stellt ihm in Aussicht, daß ein gemeinsamer Urlaub möglich wird, wenn die Patienten gelernt haben, sich selbst eine Mahlzeit zu kochen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- b) Der Pfleger erklärt dem Patienten, daß er unabhängiger vom Personal werden und sich das Essen selbst kochen kann, wenn er in der Nachtklinik, einem Wohnheim oder in der eigenen Wohnung ist.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- c) Der Pfleger übernimmt schnell die Arbeit des Patienten, damit das Essen noch zeitig fertig wird.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- d) Der Pfleger ignoriert die Sache, läßt den Patienten später mitessen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

2. Als der Pfleger nochmal ins Zimmer kommt, ist ein Patient immer noch nicht aufgestanden und will im Bett bleiben.

a) Der Pfleger macht erstmal Licht und öffnet die Fenster.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erzählt dem Patienten, daß heute so schönes Wetter sei und er ruhig aufstehen solle.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger bietet dem Patienten an, er könne ruhig noch etwas liegen bleiben, müsse die Zeit dann aber beim Anziehen wieder aufholen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

3. Ein Patient will den Stadtausflug, den er mit zwei anderen Patienten verabredet hat, jetzt nicht mehr mitmachen.

a) Der Pfleger hält ihm vor, daß die beiden Mitpatienten jetzt auf ihn warteten und es zusammen doch viel mehr Spaß mache.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erkundigt sich, wie es denn plötzlich käme, daß der Patient kein Lust mehr habe.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger antwortet, seinetwegen könne er hierbleiben, aber er wüßte dann, daß er ihn für den nächsten Ausflug nicht vorschlagen würde.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger will sich die Einwände des Patienten nicht anhören und entgegnet, das interessiere ihn alles nicht, der Patient habe sich gemeldet und fahre jetzt auch mit.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

e) Der Pfleger sagt dem Patienten, daß er es den anderen vermiese.

Ich würde mich ganz anders verhalte	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
---	-----------------------	-------------------------------------

4. Der Patient erscheint nicht zum Putzen des Stations-
flures, obwohl er heute Dienst hat.

a) Der Pfleger erinnert den Patienten nochmal an den
Putzplan, der auf dem letzten Stationsgespräch auf-
gestellt worden war.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger schlägt dem Patienten vor, daß er heute
ja mal zur Abwechslung mit Musik putzen könne und
zeigt auf das Radio.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger erinnert noch einmal daran, daß jeder
Patient Rechte und Pflichten hat.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger holt einen anderen Patienten, der helfen
soll.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

5. Nach dem Aufstehen will ein Patient sein eigenes Bett nicht machen.

a) Der Pfleger meint, wenn der Patient das Bett nicht machen wolle, dann bleibe es eben so liegen.

Ich würde mich						Ich würde mich
ganz anders	1	--	2	--	3	genauso verhalten
verhalten						

b) Der Pfleger erinnert den Patienten an die Verabredung, daß jeder sein eigenes Bett machen will.

Ich würde mich						Ich würde mich
ganz anders	1	--	2	--	3	genauso verhalten
verhalten						

c) Der Pfleger erinnert den Patienten daran, daß er doch heute Besuch auf sein Zimmer bekomme.

Ich würde mich						Ich würde mich
ganz anders	1	--	2	--	3	genauso verhalten
verhalten						

6. Ein Patient geht nicht zu seiner Gruppentherapie.

- a) Der Pfleger betont, wie wichtig die Gruppentherapie für die eigene Weiterentwicklung sei.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- b) Der Pfleger betont, daß die Gruppe auf den Patienten angewiesen sei.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- c) Der Pfleger meint: Wo kommen wir denn hin, wenn das hier einreißt?

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- d) Der Pfleger meint zum Patienten, was das für ein Theater mit dem Psychologen gebe, wenn er nicht komme.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- e) Der Pfleger wendet sich achselzuckend ab: Seine Therapie sei es ja nicht.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

7. Ein Patient kommt abends trotz Verabredung zu spät vom Ausgang zurück.

- a) Der Pfleger erinnert an die Abmachung im Stationsgespräch und erklärt dem Patienten, daß es gegenüber den Mitpatienten nicht vertretbar ist, wenn er einfach später komme.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- b) Der Pfleger ärgert sich über den Patienten und sagt ihm, was er über die Sache denkt.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

- c) Der Pfleger versucht, es dem Patienten einsichtig zu machen, warum Pünktlichkeit wichtig für das Stationsleben ist.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

8. Ein Patient will nicht alleine essen, obwohl er es eigentlich kann.

a) Der Pfleger erklärt ihm, daß es doch viel angenehmer ist, allein zu essen, statt gefüttert zu werden; man könne dann doch auch selbst bestimmen, wieviel und wie schnell man esse.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger treibt den Patienten und nimmt ihm schließlich den Löffel aus der Hand, weil es doch zu langsam geht.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Als der Patient schließlich anfängt, fällt ihm gleich etwas herunter und der Pfleger ärgert sich und schimpft.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

d) Der Pfleger bittet einen Mitpatienten, Herrn B. zu füttern.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

e) Der Pfleger erklärt dem Patienten, daß es doch angenehmer ist, allein zu essen, weil man dann zum Beispiel neben Freunden sitzen kann statt neben dem Pfleger.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

9. Eine Patientin will nicht an der regelmäßig stattfindenden Planungsgruppe für den gemeinsamen Urlaub teilnehmen.

a) Der Pfleger betont, die Patientin könne dort ihren eigenen Urlaub mitgestalten.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

b) Der Pfleger erinnert, daß die Gruppe die abgemachte Voraussetzung für den Urlaub sei.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

c) Der Pfleger fragt nicht weiter, warum die Patientin nicht wolle und fordert sie auf zur Gruppe zu gehen.

Ich würde mich ganz anders verhalten	1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	Ich würde mich genauso verhalten
--	-----------------------	-------------------------------------

1. a) Es gibt Pfleger, die glauben, der Patient habe es einfacher, wenn er von den Pflegern nur genau gesagt kriege, was er zu tun habe.

b) Andere halten es für nötig, Anweisungen an Patienten zu begründen.

Ich stimme
Argument a 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5
zu

Ich stimme
Argument b
zu

2. a) Es gibt Pfleger, die riskieren es, daß ein Patient bis mittags braucht, um sich anzuziehen, und machen es nicht für ihn.

b) Andere sagen, es ist wichtiger, daß alle gleichzeitig fertig seien zum Frühstück und helfen lieber mit.

Ich stimme
Argument a 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5
zu

Ich stimme
Argument b
zu

3. a) Einige Pfleger meinen, nach erfolgreicher Wiedereingliederung seien ehemalige Psychiatriepatienten unauffällig und nicht von Anderen zu unterscheiden.

b) Daneben gibt es Pfleger, die glauben, aufgrund ihrer Erfahrung ehemalige Psychiatriepatienten von anderen Leuten unterscheiden zu können.

Ich stimme
Argument a 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5
zu

Ich stimme
Argument b
zu

4. a) Eine Reihe von Pflegern sind gegen die Einrichtung gemeinsamer Krankenhäuser für körperlich Kranke und psychisch Kranke, weil sie es für eine zu große Belastung der körperlich Kranken halten, mit psychisch Kranken in einem Krankenhaus zu liegen und weil die Sicherheit nicht gewährleistet werden könne.

- b) Andere befürworten diese Pläne, weil dadurch eine Isolierung der psychisch Kranken verhindert werden könne und Hospitalisierungsschäden vorgebeugt werden können

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

5. a) Einige Pfleger sprechen sich für eine spezielle Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege aus, weil sie meinen, daß sich die Aufgaben eines Pflegers in der Psychiatrie doch wesentlich von denen in der allgemeinen Krankenpflege unterscheiden.

- b) Andere halten das für überflüssig, weil es ihrer Meinung nach in beiden Fällen um optimale Pflege und Versorgung des Patienten gehe.

Ich stimme
Argument a
zu

1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Ich stimme
Argument b
zu

Nachdem Sie uns geschildert haben, wie Sie sich in problematischen Situationen verhalten würden, interessiert uns nun, ob solche Situationen in den letzten vier Wochen auf Ihrer Station tatsächlich aufgetreten sind.

Im Folgenden haben wir drei solcher Situationstypen kurz charakterisiert und jeweils ein Beispiel angeführt. Wenn bei Ihnen in den letzten vier Wochen eine ähnliche Situation eingetreten ist, kreuzen Sie bitte 'Ja' an und beschreiben Sie kurz, um was für eine Situation es sich handelte.

Das sieht im Fragebogen dann z.B. so aus:

Beispiel:

Ein Patient erledigt einen vereinbarten Dienst auf der Station nicht.

Ist eine ähnliche Situation aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Uns würde interessieren, wie Sie auf diese Problemsituation reagiert haben. Deshalb haben wir einige Möglichkeiten, wie Sie sich verhalten haben könnten, aufgezählt. Hinter die zutreffenden Reaktionen schreiben Sie bitte kurz, wie Ihr Verhalten konkret aussah.

Beispiel:

Ich habe dem Patienten eine Belohnung versprochen. Welche?
.....

Unter jede Situationsbeschreibung tragen Sie zum Schluß bitte noch ein, welches Ergebnis Ihre Bemühungen hatten und schildern Sie kurz, wie das konkret aussah.

Beispiel:

Welches Ergebnis hatte Ihr Verhalten?
.....

Falls Sie sich an mehrere Situationen der gleichen Art erinnern, füllen Sie den Fragebogen bitte für jede Situation einzeln aus. Es ist zu jedem Situationstyp für drei Beispiele Platz.

Situationstyp I:

Ein Patient soll lernen, etwas selbständig zu tun. Er sträubt sich aber dagegen und verlangt vom Pfleger Hilfe (z.B. will er vom Pfleger angezogen werden).

Ist eine ähnliche Situation aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche?
.....

Wie haben Sie reagiert?

Ich habe dem Patienten schnell geholfen. Wie?
.....

Ich habe eine Belohnung in Aussicht gestellt. Welche?
.....

Ich habe dem Patienten eine Bestrafung angedroht. Welche?
.....

Es ging nicht schnell genug, daher mußte ich den Patienten antreiben. Wie?
.....

Ich habe konsequent nicht eingegriffen. Sondern ?
.....

Ich habe schon kleine Schritte gelobt. Wie ?
.....

Oder?
.....

Welches Ergebnis hatte Ihr Verhalten?
.....

Situationstyp II:

Ein Patient erledigt einen vereinbarten Dienst auf der Station nicht (z.B. will er nicht spülen).

Ist eine ähnliche Situation aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche?
.....

Wie haben Sie reagiert?

Ich habe dem Patienten durch einen Mitpatienten helfen lassen. Wie?

.....
Ich habe den Patienten an die Vereinbarung erinnert. Wie?

.....
Ich habe dem Patienten angenehme Konsequenzen in Aussicht gestellt. Welche?

.....
Ich habe dem Patienten die Notwendigkeit der Arbeit erklärt. Wie?

.....
Ich habe dem Patienten negative Konsequenzen angekündigt. Welche?

.....
Ich mußte die Arbeit schnell selbst erledigen. Warum?

.....
Oder:

.....
Welches Ergebnis hatte Ihr Verhalten?
.....

Situationstyp III:

Ein Patient nimmt nicht teil an einer gemeinsam verabredeten Gruppenaktivität (z.B. kommt er nicht zum Stationsgruppengespräch).

Ist eine ähnliche Situation aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche?
.....

Wie haben Sie reagiert?

Ich konnte mich nicht weiter darum kümmern. Weil:

.....

Ich habe mich für die Gründe des Patienten interessiert und gefragt:

.....

Ich habe versucht, den Patienten erneut zu motivieren.

Wie?

.....

Ich habe dem Patienten meine Enttäuschung über ihn gezeigt. Wie?

.....

Ich habe dem Patienten Unterstützung angeboten. Welche?

.....

Ich habe dem Patienten zu verstehen gegeben, daß man dann auch bei anderen Gelegenheiten auf ihn verzichten könne.

Wie?

.....

Oder:

.....

Welches Ergebnis hatte Ihr Verhalten?

.....

Fragebogen

Item	I	II	III
1 a	V	R	R
b	R	V	R
c	R	V	V
d	R	R	V
e			
2 a	R	V	V
b	R	V	R
c	V	R	R
d	V	V	
e	R		
3 a	R	R	R
b	R	V	V
c	V	R	V
d		V	R
e			
4 a	V	R	R
b	R	V	R
c	R	R	R
d	R		V
e			
5 a	R	V	R
b	R	V	R
c	V	R	R
d	V	R	
e			
6 a	R	R	R
b	R	V	V
c	V	R	V
d			V
e			
7 a	V	V	R
b	R	V	R
c	V	V	R
d	R	R	
e	R	V	
8 a	R	V	R
b	R	V	V
c	V	R	V
d			V
e			R
9 a	R	R	R
b	R	V	R
c	V	V	V
d	V	V	
e			

Fragebogen

Item	I	II	III
1 a	V	V	V
b	R	R	R
2 a	R	R	R
b	V	V	V
3 a	R	R	R
b	V	V	V
4 a	V	V	V
b	R	R	R
5 a	R	R	R
b	V	V	V

Einstellungsorientierte Items

V = verwahrloste Polung

R = rehabilitationsorientierte Polung

Verhaltensorientierte Items

Tab. 4: Auswertungsschlüssel für die 3 Fragebogen des 1. Experiments

Tab. 5: Fragebogenwerte
des 1. Versuchs

Tab. 5: Fragebogenwerte des 1. Versuchs	Vp	vorher			nachher			nach 4 Woch.			Diff. vorher- nachh. -n.4W	Diff. vorher- n. 4 W.					
		+	-	Ø	zus.	+	-	Ø	zus.	+			-	Ø			
Exp. Grup. I	1	63	8	0	55	59	11	3	48	53	7	5	46	- 7	- 2	- 9	
	2	44	15	6	29	48	7	5	41	50	8	2	42	+ 12	+ 1	+ 13	
	3	45	17	1	28	51	7	4	44	55	6	4	49	+ 16	+ 5	+ 21	
	4	51	6	2	45	54	5	4	49	61	5	2	56	+ 4	+ 7	+ 11	
	5	44	12	6	32	49	7	4	42	48	13	4	35	+ 10	- 7	+ 3	
Exp. Grup. II	1	52	7	4	45	51	2	7	49					+ 4			
	2	51	8	3	43	53	6	4	47	52	6	4	46	+ 4	- 1	+ 3	
	3	40	6	6	34	37	3	8	34	26	4	13	22	0	- 12	- 12	
	4	44	10	5	34	52	3	5	49	56	5	5	51	+ 15	+ 2	+ 17	
	5	41	14	5	27	45	9	5	36	49	1	9	48	+ 9	+ 12	+ 21	
Kontr. Grup. I	1	52	6	5	46												
	2	44	16	3	28					53	10	2	43			+ 15	
	3	70	10	0	60					68	7	0	61			+ 1	
	4	52	3	6	49												
	5	42	22	0	20					52	17	0	35			+ 15	
Kontr. Grup. II	1																
	2									54	2	6	52				
	3									47	3	8	44				
	4									56	5	1	51				
	5									56	11	3	45				
	6									53	7	2	46				
	7									52	11	6	41				
												65	1	2	64		
+: Rehabilitationspunkte																	
-: Verwehrpunkte																	
Ø: Nullpunkte																	

+: Rehabilitationspunkte
-: Verwehrpunkte
Ø: Nullpunkte

	Vp	1 vorher	2 nachh.	3 n.4 W.	Diff. 1 - 2	Diff. 2 - 3	Diff. 1 - 3
Exp. Grup. I	1	49	38	40	- 11	+ 2	- 9
	2	25	32	36	+ 7	+ 4	+ 11
	3	24	39	49	+ 15	+ 10	+ 25
	4	36	39	51	+ 3	+ 12	+ 15
	5	28	32	25	+ 4	- 7	- 3
Exp. Grup. II	1	37	40		+ 3		
	2	39	40	39	+ 1	- 1	0
	3	32	29	21	- 3	- 8	- 11
	4	30	39	37	+ 9	- 2	+ 7
	5	20	27	41	+ 7	+ 14	+ 21
Kontr. Grup. I	1	40					
	2	20		34			+ 14
	3	54		53			- 1
	4	45					
	5	18		33			+ 15
Kontr. Grup. II	1			45			
	2			38			
	3			41			
	4			39			
	5			39			
	6			36			
	7			54			

Tab. 6: Rohwerte der verhaltensorientierten Items
der Fragebogen des 1. Experiments

Drehbuchvorlage für die Filmszenen des 2. Versuchs

1. Szene: Die Patientin sitzt untätig herum. Der Pfleger bittet die Patientin, den Kaffeetisch zu decken und weist darauf hin, daß jeder einmal drankommt. Patientin geht auf das Geschirr zu.

Pfleger: " Schön, daß Sie das jetzt tun wollen."

Patient: " Ich habe jetzt aber keine Lust, den Tisch zu decken."

Pfleger wendet sich ab.

Patientin greift zaghaft zum Geschirr.

Pfleger: " So viel Arbeit ist das doch auch nicht, dann können wir gleich ja auch alle gemütlich zusammensitzen."

Patient: " Aber eigentlich sind Sie doch Personal hier, warum decken Sie denn nicht den Tisch? Außerdem trinke ich sowieso keinen Kaffee."

Pfleger wendet sich ab.

Patientin sieht sich das Geschirr sehr genau an und will Zeit gewinnen.

Patient: " Ich decke nur, wenn mir noch jemand dabei hilft."

Pfleger: " Alle anderen sind doch beschäftigt zur Zeit; das haben Sie doch letzte Woche auch ganz alleine geschafft."

Patientin entfaltet die Tischdecke.

Pfleger: " Was meinen Sie, was sich die anderen gleich freuen werden."

Während die Patientin den Tisch deckt, verläßt der Pfleger den Raum, nicht ohne sie vorher für die bereits getane Arbeit zu loben.

2. Szene: Die Patientin sitzt mit einer Hose und einer Bluse bekleidet auf ihrem Bett. Eine Schwester tritt ein, lobt die Patientin für das Anziehen der Kleidungsstücke und weist darauf hin, daß die Patientin frühstücken und schwimmen kann, wenn sie Jacke und Schuhe angezogen habe. Patientin sitzt weiter untätig herum. Schwester setzt sich auch hin, schaut im Raum umher.

Patientin: "Haben Sie heute Zeitung gelesen?"

Schwester wendet sich ab.

Patientin: " Da ist 'ne Frau auf der Straße überfahren worden."

Schwester bleibt abgewendet.

Patientin nimmt einen Strumpf in die Hand.

Schwester wendet sich ihr zu. Patientin zieht den Strumpf an.

Schwester: " Stand das in der Zeitung?"

Patientin: " Ja, da is nich schön, so tot."

Sie sitzt wieder untätig. Schwester wendet sich ab.

Patientin nimmt den zweiten Strumpf. Schwester wendet sich ihr zu.

Patientin: " Gehen wir wirklich nachher schwimmen?"

Schwester: " Ja, nach dem Frühstück Jetzt ziehen Sie sich noch Ihre Jacke an und die Schuhe, dann gehen wir frühstücken."

Patientin zieht zögernd die Schuhe an. Jedesmal, wenn sie aufhört, wendet sich die Schwester ab, macht die Patientin weiter, wendet sich die Schwester ihr wieder zu. Nachdem die Patientin die Jacke auch angezogen hat, verlassen beide den Raum.

Text des Referates für den 2. Versuch

Sie haben sicher in Ihrer bisherigen Arbeit gemerkt, wie schwierig es sein kann, richtig auf den Patienten einzugehen. Unter richtigem Verhalten verstehen wir rehabilitationsförderndes Verhalten des Pflegepersonals. Es soll den Patienten zu selbständigem Handeln und Leben erziehen, so daß er in die Gesellschaft außerhalb der Anstaltsmauern wieder eingegliedert werden kann.

Dem Verhalten des Pflegepersonals kommt schon aus dem Grund besondere Bedeutung zu, weil es die meiste Zeit mit den Patienten zusammen ist. Dieses Zusammensein stellt hohe Anforderungen an den Pfleger, denn das Verhalten des Pflegers hat Auswirkungen auf die Entwicklung des Patienten. Der Patient darf nicht nur versorgt oder verwahrt werden, sondern das Pflegepersonal muß therapeutisch auf den Patienten einwirken. Dazu muß es sich ständig seiner Wirkung auf den Patienten bewußt sein. Wir geben daher eine kurze Einführung in die Prinzipien der Verhaltenstherapie:

1. Wenn ein Verhalten häufiger auftreten soll, muß es konsequent verstärkt werden. Als Verstärker wirken: Lob, Lächeln, Zunicken, kurze anerkennende Worte, Zuwendung oder aufmunternde Gesten. Ermutigend ist auch eine in Aussicht gestellte Belohnung oder irgendetwas anderes, über das sich der Patient freut. Es ist wichtig, anfangs kleine Schritte und dann allmählich größere zu verstärken.
2. Verhalten, das weniger häufig oder gar nicht mehr auftreten soll, muß gelöscht werden. Das heißt, daß das Pflegepersonal solches Verhalten am besten vollkommen ignoriert oder sich - eventuell sogar demonstrativ - abwendet.

Erlebt der Patient sein Verhalten konsequent immer wieder als wirkungslos, wird er es auf die Dauer nicht mehr zeigen, Er wird das Verhalten zeigen, mit dem er die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals auf sich zieht, und das sollte selbständiges Verhalten sein.

Ich erläutere die Lernprinzipien an zwei Beispielen:
In einem Fall kann es sein, daß sich ein Patient weigert, den vorher vereinbarten Küchendienst auszuüben und den Tisch zu decken. In einer solchen Situation dürfen sich die Schwester oder der Pfleger nicht auf ausweichende Diskussionen oder Gespräche einlassen. Ebenso reagieren sie nicht auf Brummen oder Schimpfen. Eventuell verlassen sie sogar kurzfristig demonstrativ den Raum. Oder sie warten, bis der Patient anfängt, den Tisch zu decken, wenden sich ihm dann sofort zu und verstärken ihn, indem sie z.B. mit ihm sprechen. Sie können ihn auch dafür loben, daß er schon die Tischdecke aufgelegt und die Teller richtig plaziert hat.

(Einblendung der Schrifttafel)

Im zweiten Fall, den Sie bitte gleich nachspielen, will sich ein halb angezogener Patient nicht weiter ankleiden. Der Pfleger sollte ihn zunächst loben, weil er schon halb angezogen ist und ihm in Aussicht stellen, was er tun kann, wenn er fertig angezogen ist (z.B. frühstücken oder schwimmen gehen). Auf Klagen oder untätiges Herumsitzen des Patienten reagiert er gar nicht, wendet sich ab oder wartet. Das kann unter Umständen Minuten dauern. Greift der Patient zu einem weiteren Kleidungsstück, dreht der Pfleger sich ihm sofort wieder zu. Er lobt ihn oder nickt ihm zu und unterhält sich mit ihm. Auf diese Weise verfährt er weiter, bis der Patient seine restliche Kleidung angezogen hat.

Wichtig ist es also, auch auf kleine Handlungsschritte einzugehen. Ebenso muß nach Beendigung der Tätigkeit das gesamte Handlungsergebnis gewürdigt werden. Das kann z.B. in der Form geschehen:

" Na, sehen Sie, jetzt haben Sie es ganz allein geschafft, ging doch gut!"

oder

" War doch gar nicht so schwierig!"

Zwischentexte und eingeblendete Strukturierungshilfen

Vorspann für den Modellfilm

Im Folgenden zeigen wir Ihnen zwei Szenen, in denen sich Pfleger auf einer Station verhaltenstherapeutisch verhalten, d.h., daß sie erwünschtes Verhalten einer Patientin durch Lob und Zuwendung verstärken und unerwünschtes Verhalten ignorieren. Erwünschtes Verhalten ist aktives Handeln der Patienten, damit sie lernen, auch außerhalb der Anstalt selbständig zu leben. Weil das Drehen auf der Station nicht möglich war, haben wir die Situationen mit echten Pflegern und Patienten nachgedreht.

Im Anschluß an den Film bitten wir Sie, diese beiden Prinzipien in einer Verhaltensprobe anzuwenden.

Vorspann für den Referatfilm

Im folgenden Film sehen Sie ein Referat über das Verhalten von Pflegepersonal auf einer Station nach den verhaltenstherapeutischen Prinzipien Verstärkung und Löschung.

Im Anschluß an den Film bitten wir Sie, diese beiden Prinzipien in einer Verhaltensprobe anzuwenden.

Zwischentext während des Films

Zusammenfassend werden auf der folgenden Schrifttafel die drei wichtigsten Punkte dargestellt.

Der Pfleger sollte

- BELOHNUNG IN AUSSICHT STELLEN
- KLEINE SCHRITTE BELOHNEN
- UNERWÜNSCHTES VERHALTEN IGNORIEREN

Im Folgenden wird dies noch einmal an einem Beispiel verdeutlicht.

Instruktionen zum 2. Versuch

Instruktion Baseline

Im Anschluß an diese kurze Einweisung werden wir Sie bitten, mit Herrn Kruse, den Sie bei unserer Vorstellung in Ihrer Klasse schon kennengelernt haben, ein Rollenspiel zu machen.

In diesem Rollenspiel stellt Herr Kruse einen Patienten dar, der in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus wohnt, geistig jedoch nicht behindert ist. Herr Kruse hätte nach dem Tischdeckplan, dem er selber auch zugestimmt hat, heute den Tisch zu decken. Er will jedoch nicht. Wir bitten Sie, uns vorzuspielen, wie Sie als Schwester/ Pfleger sich in dieser Situation verhalten würden und Herrn Kruse dazu bringen würden, den Tisch zu decken.

Da es uns interessiert, wie sich jüngere, noch relativ unerfahrene Schwestern/ Pfleger in einer solchen Situation verhalten, gibt es auch kein richtiges oder falsches Verhalten. Das Rollenspiel wird ca. 5 Minuten dauern. Es beginnt direkt, wenn ich Sie in den angrenzenden Klassenraum geleitet habe. Das Tonband neben den beiden Beobachtern dient lediglich der Zeittaktgebung für die Beobachter. Im voraus vielen Dank!

Instruktion Hauptversuch - Vor dem Treatment

Im Anschluß an diese Versuchsanweisung werden Sie einen Film/ Referat über die Anwendung verhaltenstherapeutischer Prinzipien sehen. Es wird um die beiden zentralen Begriffe der Verstärkung und der Löschung bzw. Nichtbeachtung gehen. Der grundlegende Gedanke dabei ist, daß man durch Verstärkung Verhalten aufbauen und durch Löschung abbauen kann. Wie das konkret aussieht, werden Sie gleich sehen. Im Anschluß an die kurze Videoaufzeichnung bitten wir Sie, einmal selbst die Anwendung dieser Prinzipien im Rollenspiel auszuprobieren. Daher bitten wir Sie, sich aufmerksam die Aufzeichnung anzusehen.

Instruktion Hauptversuch - Nach dem Treatment

Ich möchte noch einmal kurz das Wichtigste zusammenfassen. Es ging darum, erwünschtes Verhalten aufzubauen bzw. unerwünschtes Verhalten abzubauen. Ein Verhalten baut man auf, indem man es verstärkt. Diese Verstärkung kann materieller Art sein, aber auch in Lob, Zuwendung oder Kommunikation bestehen.

Wichtig ist, daß konsequent verstärkt wird und daß auch sehr kleine Schritte in Richtung des erwünschten Verhaltens verstärkt werden.

Abgebaut wird Verhalten, indem man es löscht, d.h. unerwünschtes Verhalten wird völlig ignoriert. Hier ist wiederum wichtig, daß dies konsequent geschieht. Versucht der Patient z.B. ständig abzulenken, so darf man nicht darauf eingehen.

Wir bitten Sie, jetzt einmal selbst die Anwendung dieser Prinzipien in einem 5-minütigen Rollenspiel auszuprobieren.

Die Situation ist folgende: Herr Kruse, unser Kollege, spielt einen Bewohner eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses, der jedoch geistig nicht behindert ist. Mit Herrn Kruse war abgemacht worden, daß er sich selbständig und ohne Hilfe ankleidet, weil dies für ein selbständiges Leben notwendig ist. Heute will sich Herr Kruse jedoch nicht anziehen. Er ist schon halb fertig gekleidet, will jedoch nicht weitermachen. Es ist Ihre Aufgabe, ihn dazu zu bewegen, sich fertig anzukleiden. Bitte denken Sie noch einmal dabei an das gerade Gesehene. Das Rollenspiel beginnt sofort, nachdem ich Sie in das benachbarte Klassenzimmer geführt habe. Haben Sie noch irgendeine Frage?

Im Voraus vielen Dank!

Versuchsvorinformationen an den Unterkurs

Wie Sie schon wissen, möchten wir mit Ihrer Klasse einen Versuch durchführen. Es geht uns darum herauszufinden, mit welchen unterschiedlichen Lernmethoden man Krankenpflegern in der Psychiatrie psychologisches Wissen am besten vermittelt. Dazu möchten wir gern unterschiedliche Methoden ausprobieren.

Sie sind schon von Schwester Brunhilde darüber informiert, daß hier in Lengerich schon einmal ein Versuch gelaufen ist, der aber uneindeutige Ergebnisse erbracht hat. Darum wollen wir in veränderter Form einen weiteren Versuch anschließen, bei dem wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen sind.

Wie im ersten Versuch werden Filme gezeigt, um die Untersuchungen vergleichbar zu machen. Warum wir diese Filme gewählt haben, können wir erst am Ende des Experimentes sagen. Ebenso können wir erst dann Einzelheiten zum Versuch erklären. Wir versprechen aber, dann umso ausführlicher auf Fragen zu antworten. Sie werden Verständnis haben, daß wir jetzt noch keine Auskunft geben können, weil Ihre Kenntnis unserer Untersuchungsziele die Ergebnisse beeinflussen würde. Darum möchten wir Sie nur kurz über den Versuchsablauf unterrichten: Sie haben, wie wir von Schwester Brunhilde erfahren haben, schon einmal im Unterricht einem Rollenspiel zugehört. Etwas ähnliches wie ein Rollenspiel - wir nennen es Verhaltenstest - bitten wir Sie in der nächsten Woche für uns durchzuführen. Herr Kruse wird Ihr Partner bei dem Test sein. Er spielt einen Patienten, der ein alltägliches Problem hat. Ein Teil von Ihnen wird in der nächsten Woche und in der übernächsten Woche zum Test gebeten, die anderen nur in der übernächsten Woche. Wer das ist, wissen wir auch noch nicht.

Wir brauchen diese Tests, um Daten zu gewinnen. Irgendwie müssen wir unsere Hypothesen meßbar machen, um auch die Auswirkungen unserer unterschiedlichen Methoden berechnen und vergleichen zu können. Darum müssen zwei Beobachter dabei sitzen und die Tests einschätzen. Die

Tests werden in Einheiten zerlegt und jeder Beobachter gibt zu jeder Einheit sein Urteil ab und schreibt es auf.

Wir erwarten keine glänzenden schauspielerischen Leistungen, wir verteilen auch keine Noten, wir wollen auch gar nicht Ihre Namen wissen. Um unsere Beurteilerbögen zu kennzeichnen, bitten wir Sie, Ihr Geburtsdatum anzugeben, damit wir die Gruppenzugehörigkeit später feststellen können und die Entwicklung verfolgen können bei denen, die zwei Tests mitgemacht haben. Die Schule erfährt auch nichts über Ihre einzelnen Tests, so daß Sie nicht zu befürchten brauchen, daß die Testleistungen irgendwie in die Benotung eingehen.

Wir haben überlegt, ob wir vielleicht auf den Verhaltens-test verzichten und nur Fragebogen nehmen. Fragebogen messen aber nur die Einstellung, uns kommt es auf das tatsächliche Verhalten im Umgang mit einem Patienten an. So ein Rollenspiel ist am Anfang etwas komisch, und als wir unser erstes machten, waren wir sehr aufgeregt, aber man gewöhnt sich schon nach ganz kurzer Zeit daran und dann ist es nicht mehr schlimm. Um es nochmal zu betonen: Uns interessiert nicht Ihre persönliche Einzelleistung, sondern das durchschnittliche Verhalten der Klasse. Wenn Sie jetzt Fragen stellen wollen, werden wir sie gern - soweit das möglich ist - jetzt beantworten. Andernfalls möchten wir die Fragen bis zum Nachbesprechungstermin zurückstellen.

unerwünschte Stimuli des Patienten	rehabilitationsfördernde Reaktion: Löschen	rehabilitationshemmende Reaktion des Pflegers	
		Verstärken	Bestrafen
sitzt untätig herum beschäftigt sich anderweitig zeigt etwas macht etwas falsch macht etwas wieder rückgängig	sitzt untätig herum schweigt wendet den Blick ab geht nicht auf unerwünschtes Verhalten ein	geht auf den Patienten ein läßt sich in ein Gespräch verwickeln antwortet beschwichtigt hilft überredet drängelt treibt an befiehlt	droht Strafe an bestraft schimpft macht Vorwürfe polemisiert macht lächerlich setzt herab
erwünschte Stimuli des Patienten	rehabilitationsfördernde Reaktion: Verstärken	rehabilitationshemmende Reaktion des Pflegers	
		Löschen	Bestrafen
äußert sich zur Sache nimmt Kleidung (Geschirr) in die Hand zieht Kleidung an (deckt Geschirr)	lobt wendet sich zu zeigt positive Konsequenzen stellt Belohnung in Aussicht antwortet zur Sache	antwortet nicht zur Sache lobt nicht wendet sich ab	bestraft schimpft polemisiert macht lächerlich setzt herab

Abb. 12: Handanweisung für die Rater des 2. Experiments

- 0 = überwiegend rehabilitationshemmend
 1 = eher rehabilitationshemmend
 2 = eher rehabilitationsfördernd
 3 = überwiegend rehabilitationsfördernd

Protokollierungsschema

Beob. einheit	R 1	R 2	Bemerkungen
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
Σ			

Abb. 13: Protokollierungsschema für die Rater des
2. Experiments

	Vp	Geschlecht	Alter	Station	Schulabschluß
EG I	4	männlich	20	Geriatric	Fachabitur
	5	weiblich	18	Geriatric	Fachabitur
	11	männlich	19	Akutb.	Fachabitur
	12	weiblich	25	Suchtb.	Hauptsch.
	17	weiblich	20	Reha.b.	Fachabitur
	23	weiblich	20	Reha.b.	Fachabitur
EG II	1	weiblich	21	Reha.b.	Abitur
	2	weiblich	19	Geriatric	Fachabitur
	6	männlich	21	Akutb.	Fachabitur
	8	weiblich	21	Suchtb.	mi. Reife
	22	weiblich	20	Suchtb.	Abitur
	25	männlich	24	Akutb.	Hauptsch.
EG III	3	weiblich	18	Akutb.	Fachabitur
	9	weiblich	20	Geriatric	Fachabitur
	10	weiblich	20	Geriatric	Fachabitur
	16	männlich	18	Reha.b.	Höh. Handels.
	19	weiblich	23	Suchtb.	Fachabitur
	21	männlich	19	Reha.b.	Fachabitur
EG IV	7	weiblich	20	Reha.b	Fachabitur
	13	weiblich	21	Akutb.	Hauptsch.
	15	weiblich	20	Suchtb.	Fachabitur
	20	männlich	21	Geriatric	Hauptsch.
	24	weiblich	19	Reha.b.	Fachabitur
	26	männlich	19	Geriatric	Fachabitur

Tab. 7: Daten der Vpn des 2. Experiments

Tab. 8: Rohdaten der Vpn im 2. Experiment

Vp	Versuchs- anordnung	Ra- ter	Punkte je Beobachtungseinheit																$\bar{x}$
1	Film	1	2	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,7
		2	2	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3		
2	Film	1	1	1	3	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3	1,16	
		2	1	1	3	3	2	0	0	0	2	1	1	0	1	2	3		
3	Baseline	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	2	0	0,39		
		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2			
	Referat	1	2	0	1	1	0	3	3	3	3	3	1	1	1	2	1	1,73	
		2	1	0	1	2	1	3	3	3	3	3	2	1	1	2	1		
4	Baseline	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,06	
		2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Film	1	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	0	2	3	3	2,56	
		2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3		
5	Baseline	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0,26		
		2	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0		0	
	Film	1	1	2	2	3	0	2	0	3	2	3	3	3	2	2	3	1,9	
		2	1	1	2	3	0	1	0	3	2	3	3	2	2	2	2		
6	Film	1	3	1	2	2	1	3	3	1	2	2	0	0	2	3	2	1,3	
		2	1	0	1	1	2	1	1	1	0	2	0	1	2	2	1		
7	Referat	1	1	2	3	2	3	2	0	2	0	0	2	0	1	2	0	1,42	
		2	1	2	2	2	3	2	1	1	2	0	2	0	1	2	1		

Fortsetzung Tab. 8

Vp	Versuchs- anordnung	Ra- ter	Punkte je Beobachtungseinheit																$\bar{x}$
8	Film	1	2	3	3	3	2	3	1	2	3	3	3	1	3	1			2,54
		2	2	3	2	3	3	3	1	2	1	1	3	3	3	3			
9	Baseline	1	1	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0			0,53
		2	1	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1			
	Referat	1	2	3	3	3	3	2	0	0	2	2	0	0	0	2			1,82
		2	2	2	3	3	2	3	2	0	1	3	2	2	1	1			
10	Baseline	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0			0,1
		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Referat	1	2	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0			0,53
		2	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0			
11	Baseline	1	2	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0			0,43
		2	1	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0			
	Film	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			2,9
		2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3			
12	Baseline	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0			0,36
		2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	2	1			
	Film	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3			2,93
		2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3			
13	Referat	1	2	2	2	1	1	2	2	1	0	2	1	0	0	0			1,06
		2	2	1	1	1	1	2	1	1	0	3	2	0	1	0			

Fortsetzung Tab. 8

Vp	Versuchs- anordnung	Ra- ter	Punkte je Beobachtungseinheit													$\bar{x}$
15	Referat	1	0	1	1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0,39
		2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	
16	Baseline	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,13
		2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	
	Referat	1	2	2	3	3	2	1	0	0	1	2	0	1	2	1,62
		2	2	1	3	3	2	1	2	0	1	1	2	0	1	
17	Baseline	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0,47
		2	2	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
	Film	1	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	0	2	1	1,33
		2	2	1	2	2	1	0	2	2	1	1	0	2	1	
19	Baseline	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,23
		2	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
	Referat	1	0	2	1	0	2	0	0	0	2	1	0	0	3	0,65
		2	2	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	2	
20	Referat	1	3	2	3	1	3	3	1	0	1	3	1	2	1	1,67
		2	2	1	3	0	2	3	0	1	1	2	1	3	1	
21	Baseline	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,27
		2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	
	Referat	1	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	2	0	1,9
		2	2	1	3	3	3	3	3	2	1	2	1	1	1	

Fortsetzung Tab. 8

Vp	Versuchs- anordnung	Ra- anordner	Punkte je Beobachtungseinheit																$\bar{x}$
22	Film	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	1	2	2,7
		2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	
23	Baseline	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,13
		2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	Film	1	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2,7
		2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	
24	Referat	1	1	3	1	3	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	0	2	1,3
		2	2	2	1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	
25	Film	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0,75
		2	2	0	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	2	
26	Referat	1	1	0	2	0	0	2	1	1	1	0	0	1	2	3	0	0,81	
		2	2	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	1	1		

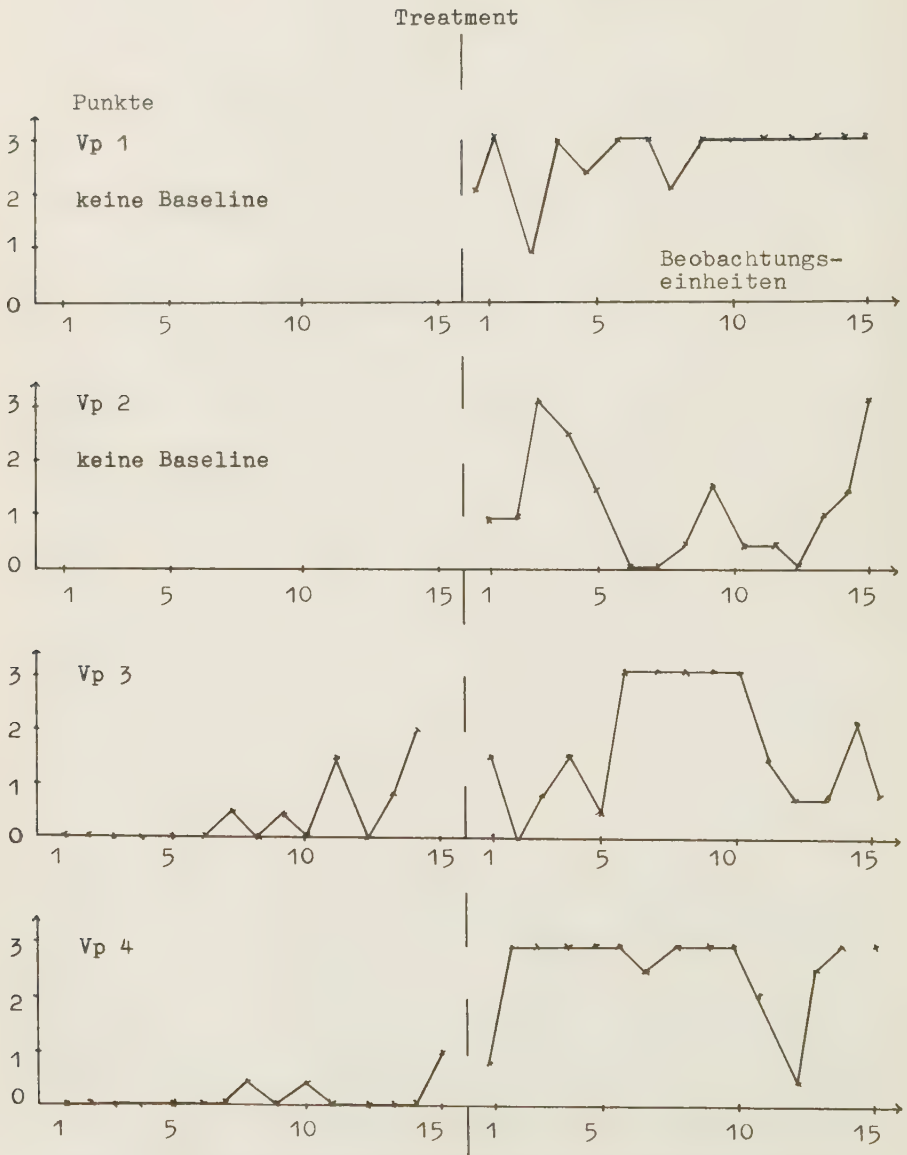
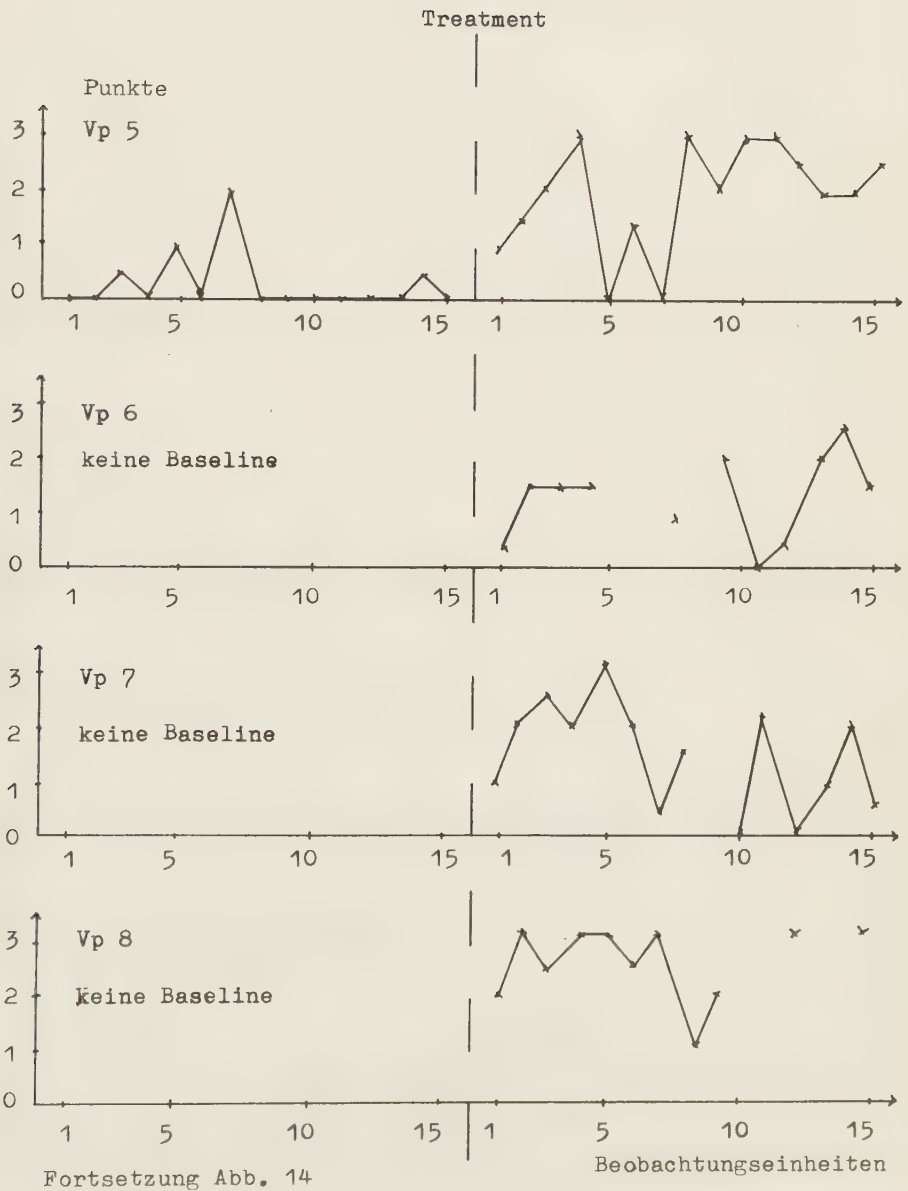
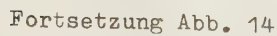
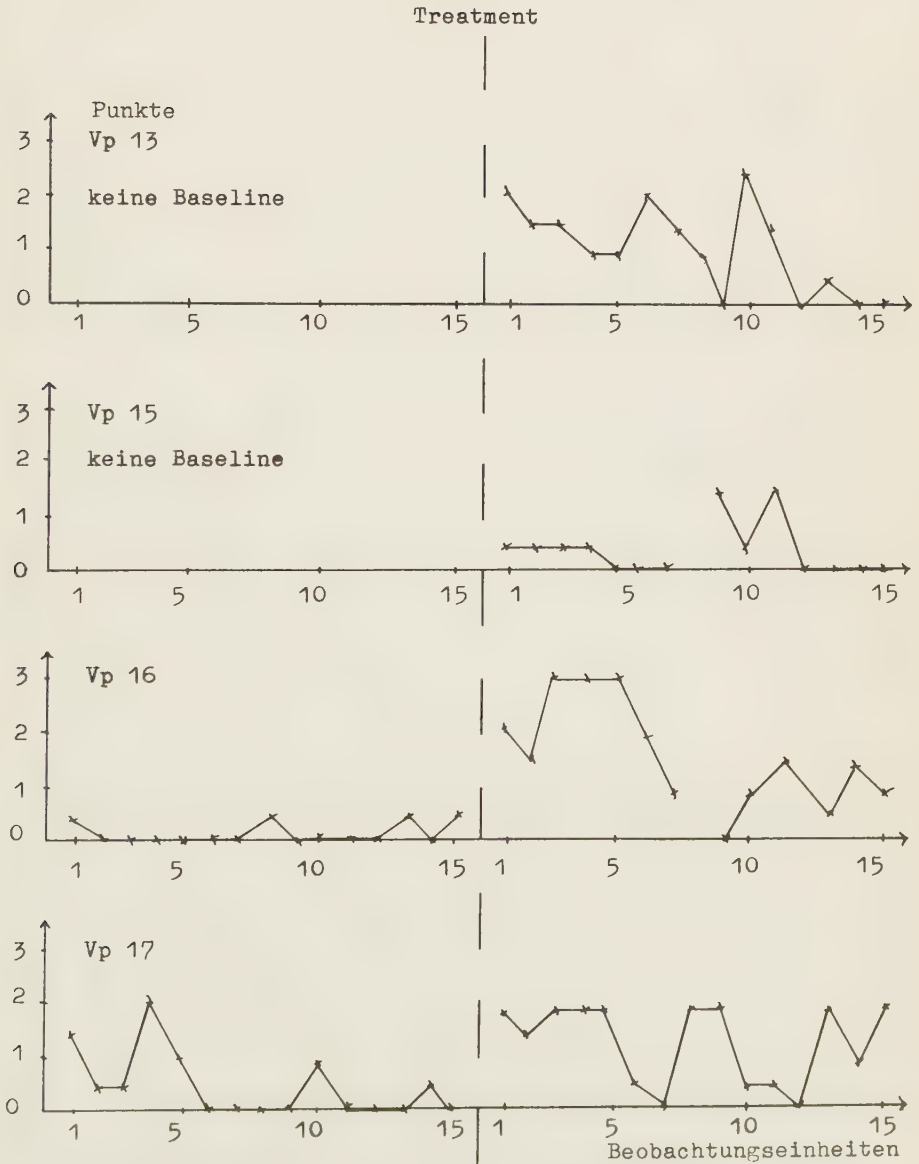


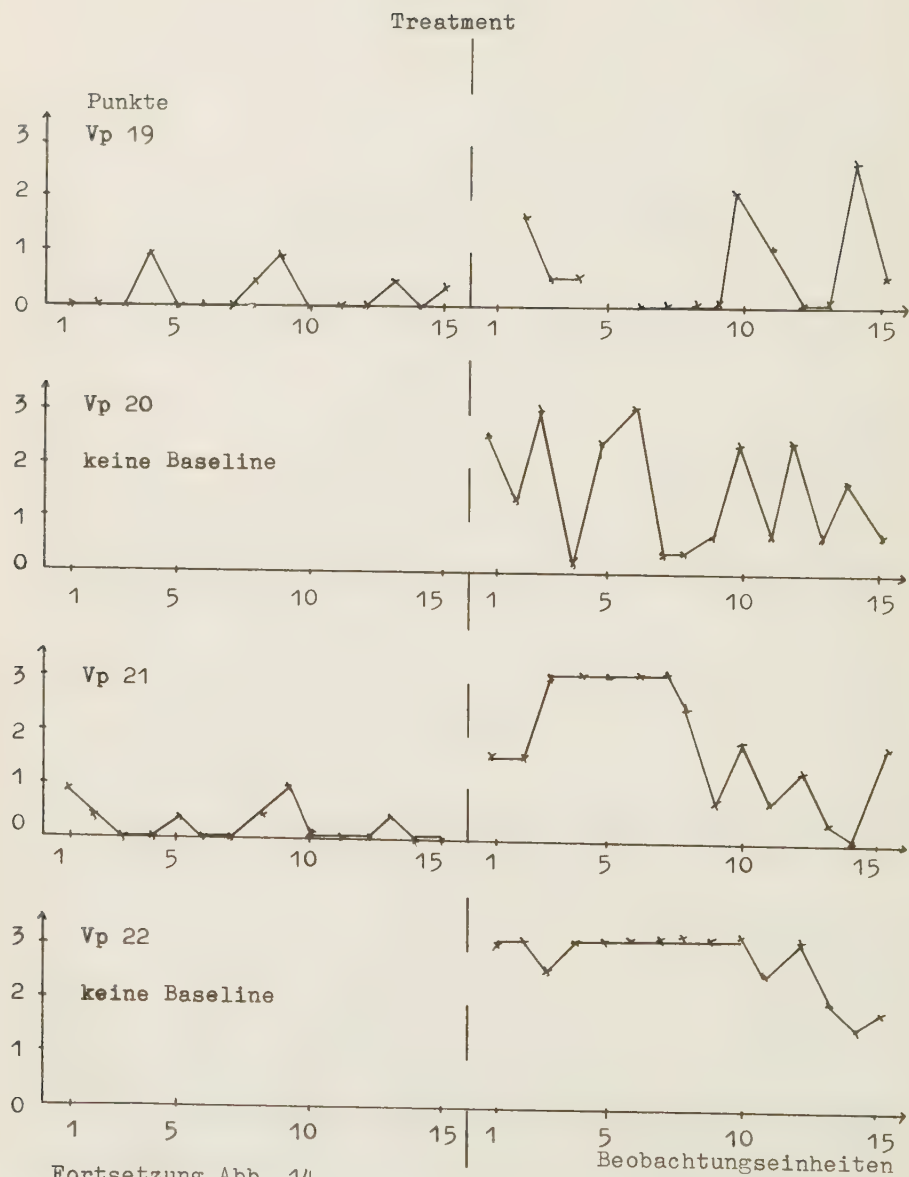
Abb. 14: Graphische Darstellung des Punkteverlaufs der Vpn über die Beobachtungseinheiten

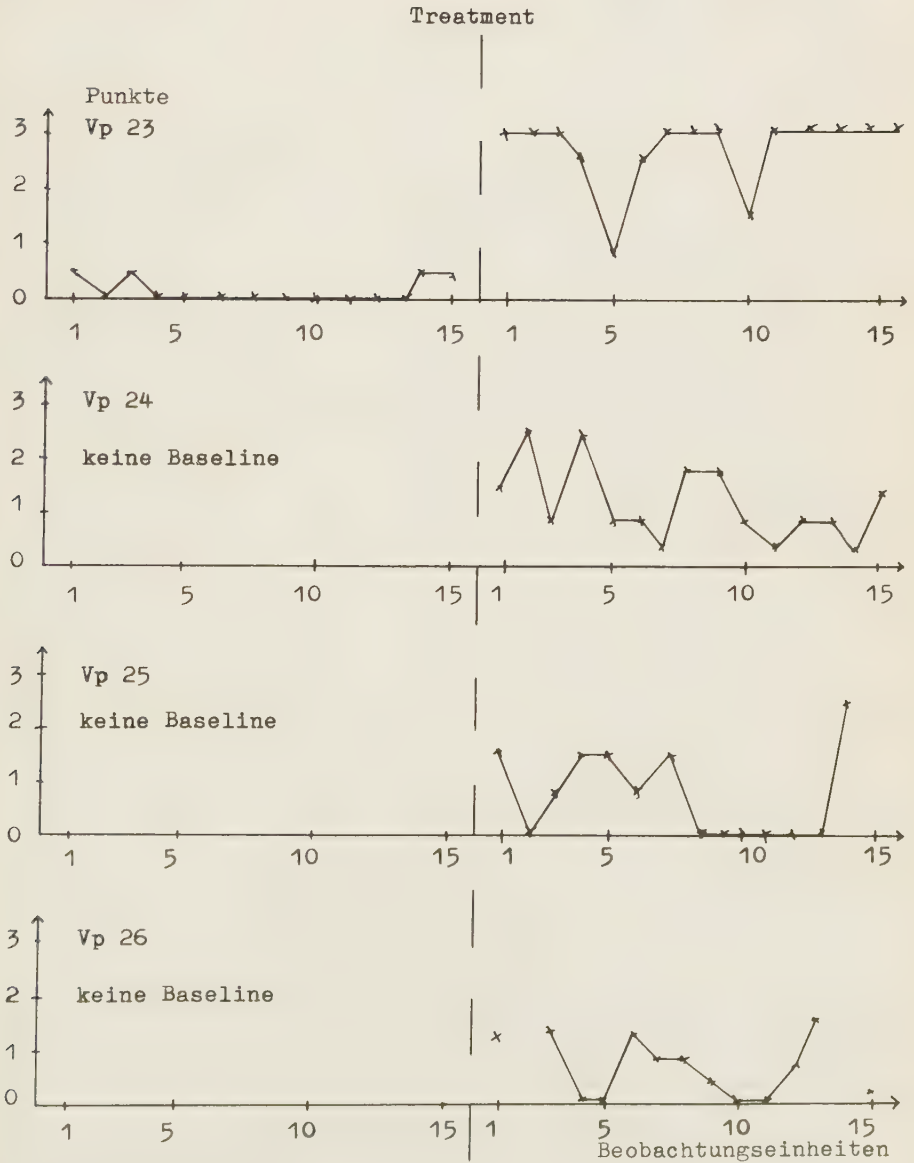






Fortsetzung Abb. 14





Tab. 9: Übersicht über die Ergebnisse der statistischen Überprüfungen im 2. Experiment

Vergleich der Stichproben		Test	Frage- stellung	Ergebnis	Kritischer Wert	Irrtums- wahrsch.	Sign
EG I Baseline	EG III Baseline	U - Test	zweiseitig	$\gamma = 0,938$		$\alpha = 0,05$	n.s.
EG I Nachtest	EG II Nachtest	U - Test	zweiseitig	$\gamma = 0,09$		$\alpha = 0,05$	n.s.
EG III Nachtest	EG IV Nachtest	U - Test	zweiseitig	$\gamma = 0,16$		$\alpha = 0,05$	n.s.
EG I Baseline	EG I Nachtest	Wilcoxon	einseitig	$T = 0$	$T_k = 0$	$\alpha = 0,05$	s.
EG III Baseline	EG III Nachtest	Wilcoxon	einseitig	$T = 0$	$T_k = 0$	$\alpha = 0,05$	s.
EG I + II Nacht.	EG III + IV Nacht.	U - Test	einseitig	$U = 29$	$U_k = 31$	$\alpha = 0,01$	s.

Legende:

n.s. : nicht signifikant

s. : signifikant

γ : Überschreitungswahrscheinlichkeit

T, U : Prüfgrößen

LEBENSLAUF

Am 22.10.1951 wurde ich als erstes von sechs Kindern des KFZ-Meisters Heinrich Verstege und seiner Ehefrau Gisela in Recklinghausen geboren.

Von 1958 bis 1962 besuchte ich die Cyriakusschule Bottrop und die Gregorschule Kirchhellen. Im Frühjahr 1962 wechselte ich auf das Städtische Jungengymnasium Bottrop, an dem ich am 16.6.1970 das Abitur bestand.

Im Herbst 1970 nahm ich das Psychologiestudium an der WWU Münster auf. Nach bestandener Vordiplomprüfung (30.10.1972) spezialisierte ich mich in der Hauptausbildung auf Klinische Psychologie und absolvierte Schwerpunktausbildungen in Verhaltenstherapie und Psychosomatik. Die Diplomarbeit schrieb ich auf dem Gebiet des Biofeedback, und zwar zur Frage der Herzfrequenzstabilisierung.

Das Hauptdiplom in Psychologie bestand ich am 6.5.1976.

